

Laura Maria Carreira Marques

# **IMPACTO PSICOLÓGICO DA COVID-19 NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA: SUA RELAÇÃO COM PERSONALIDADE, OTIMISMO E ESTRATÉGIAS DE COPING**



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

## **Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica**

Ramo de Especialização em Terapias

Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2020



Impacto Psicológico da covid-19 numa amostra da População  
Portuguesa: sua relação com personalidade, otimismo e  
estratégias de *coping*

Laura Maria Carreira Marques

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais  
**Orientadora:** Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, Novembro de 2020

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a realização da dissertação de mestrado e neste sentido, concluir mais uma etapa profissional.

À minha família, sem ela isto não poderia ser possível, e aos meus amigos, principalmente à Beatriz por estar sempre presente.

À professora Doutora Sónia Simões pelo apoio, dedicação, disponibilidade e orientação. Aos 2402 inquiridos e aos que partilharam o questionário nas redes sociais, pois também fazem parte desta investigação e contribuíram para obter resultados.

Aos meus colegas de curso, pelo apoio e amizade.

A todos que não mencionei mas que contribuíram para a realização da dissertação. Ao longo deste percurso académico aprendi convosco, alcancei objetivos profissionais, e, também, pessoais.

Um grande bem haja a todos!

## Resumo

**Objetivos:** Conscientes do impacto psicológico, relacional e social que a pandemia covid-19 está a ter na população portuguesa, temos como principal objetivo examinar a saúde psicológica dos indivíduos. São objetivos específicos: 1) fazer uma análise descritiva dos comportamentos e percepções face à covid-19, sintomas psicopatológicos, obsessão e compulsão pela limpeza, fatores de personalidade, otimismo e estratégias de *coping* usadas; 2) estudar a associação entre sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão pela limpeza, personalidade, otimismo e estratégias de *coping*; 3) analisar as diferenças nos construtos em função do sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência, prática de quarentena, presença de doenças crónicas e percepção sobre o impacto no futuro.

**Metodologia:** A amostra é de 2402 inquiridos, 86,8% do sexo feminino, com idades entre os 18 e os 81 anos ( $M = 36,80$ ;  $DP = 11,80$ ). O protocolo de estudo é composto por: Questionário Sociodemográfico, Inventário dos Cinco Fatores (*NEO-FFI*), Brief-Cope, Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI), Subescala Limpeza do Inventário de Obsessões e Compulsões (OCI-R) e Escala sobre o Otimismo.

**Resultados:** O sexo feminino, jovens adultos, solteiros, com doenças crónicas e o ensino básico apresentaram maior sintomatologia psicopatológica. As estratégias de *coping* mais usadas foram o *coping* ativo e o planejar. Os sujeitos com mais medo quanto ao impacto da covid-19 evidenciaram mais sintomatologia psicopatológica e menos otimismo, sendo o nível elevado de neuroticismo e baixo de abertura à experiência associados a uma percepção mais receosa do impacto futuro da covid-19. Por fim, a sintomatologia psicopatológica associou-se positivamente à obsessão e compulsão pela limpeza e ao neuroticismo, e negativamente ao otimismo, extroversão, amabilidade, conscienciosidade e a estratégias de *coping* funcionais (*coping*-ativo, reinterpretação positiva, aceitação, humor e planeamento).

**Conclusão:** Os resultados evidenciam a importância de monitorizar a saúde psicológica dos portugueses, no sentido de perceber o real impacto psicológico da covid-19, com vista à definição de medidas de prevenção psicológica. O presente estudo sublinha a pertinência de implementar intervenções psicológicas e terapêuticas, tendo em consideração fatores sociodemográficos, que possam minimizar o impacto desta pandemia na saúde psicológica dos portugueses.

**Palavras-chave:** covid-19, impacto psicológico, população portuguesa, obsessão e compulsão pela limpeza, fatores de personalidade, otimismo, estratégias de *coping*

## **Abstract**

**Goals:** Aware of the psychological, relational and social impact that covid-19 pandemic is having on the Portuguese population, we have as main objective to examine the psychological health of individuals. The specific objectives are: 1) make a descriptive analysis of behaviors and perceptions towards covid-19, psychopathological symptoms, obsession and compulsion for cleanliness, personality factors, optimism and coping strategies used; 2) to study the association between psychopathological symptoms, obsession and compulsion for cleanliness, personality, optimism and coping strategies; 3) analyze the differences according to sex, age, marital status, educational qualifications, means of residence, quarantine practice, presence of chronic diseases and perception of the impacts in the future.

**Methodology:** The sample consists of 2402 respondents, 86.8% female, aged between 18 and 81 years old ( $M = 36.80$ ;  $SD = 11.80$ ). The study protocol consists of Sociodemographic Questionnaire, Five Factors Inventory (NEO-FFI), Brief-Cope, Psychopathological Symptoms Inventory (BSI), Cleaning subscale from Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-R) and Optimism Scale.

**Results:** The female sex, young adults, singles, with chronic diseases and basic education showed greater psychopathological symptoms. The most used coping strategies were active in coping and planning. Subjects with more fear about the impact of covid-19 showed more psychopathological symptoms and less optimism, with a high level of neuroticism and low level of openness to the experience, associated with a more fearful perception of the future impact of covid-19. Finally, psychopathological symptoms were positively associated with obsession and compulsion for cleanliness and neuroticism, and negatively with optimism, extraversion, agreeableness, conscientiousness and functional coping strategies (active coping, positive reinterpretation, acceptance, humor and planning).

**Conclusion:** The results show the importance of monitor the psychological health of the Portuguese people, in order to understand the real psychological impact of covid-19, to define psychological prevention measures. The study highlights the relevance of implementing psychological and therapeutic interventions, taking into account sociodemographic factors, which can minimize the impacts of this pandemic on the psychological health of the Portuguese.

**Key words:** covid-19, psychological impact, Portuguese population, obsession and compulsion of cleanliness, personality factors, optimism, coping strategies.

## **Introdução**

O início do ano 2020 foi marcado pelo aparecimento da doença covid-19, provocada por um novo tipo de coronavírus, Sars-CoV-2 (World Health Organization, 2020). É uma pandemia, por afetar vários países do mundo, sendo uma doença contagiosa que se transmite por contacto com uma pessoa que esteja infetada com o vírus, através de gotículas que advêm da boca e do nariz da pessoa infetada quando tosse, espirra ou conversa. Por sua vez, a inalação dessas mesmas gotículas, que ficam nos objetos e/ou nos espaços provoca o contágio (World Health Organization, 2019).

Ao longo dos tempos a quarentena tem sido utilizada para prevenir a introdução, transmissão e dispersão de doenças transmissíveis (Barbisch et al., 2015). Em consequência da covid-19, foi necessário recorrer à quarentena, que se define pela divisão e limitação do movimento de pessoas que possam ter estado em contacto com uma doença contagiosa, para verificar se estão infetadas e, consequentemente, diminuir o risco de contagiar a restante população (Brooks et al., 2020).

Os governos dos diversos países mais afetados por esta pandemia, designadamente o governo Português, necessitaram de implementar medidas de isolamento e afastamento social, com o fim de diminuir o número de casos infetados e impedir uma crise no sistema de saúde (Hermógenes et al., 2020). O isolamento está relacionado com a separação das pessoas diagnosticadas com a doença contagiosa, das pessoas que não estão. Contudo, as duas designações, quarentena e isolamento, são normalmente utilizadas em conjunto, particularmente na comunicação com o público (Brooks et al., 2020).

O distanciamento social tem a intenção de reduzir as interações entre as pessoas de uma comunidade mais alargada, na qual indivíduos podem estar contagiados mas que ainda não foram identificados e, neste sentido, ainda não enquadraram o isolamento no seu dia a dia. Como o vírus requer a aproximação entre as pessoas para que haja o contágio, este modo de atuação tem como objetivo diminuir a sua transmissão (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

O isolamento social impõe-se como a principal técnica de prevenção e, como tal, a pandemia criou um impacto na vida humana em todos os âmbitos. Em consequência do distanciamento social, diversos setores da sociedade encerraram, desde escolas até diversos serviços públicos que envolviam o contacto com o público (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Houve assim necessidade de fazer adaptações na sociedade, destacando-se a telescola e o teletrabalho. A telescola, um programa nacional de

aprendizagem através da televisão, foi reinventado e reintroduzido, para que o ensino pudesse chegar a todos os alunos, ultrapassando a ausência de Internet e de equipamentos de algumas famílias (Brites, 2020). O teletrabalho, também designado como trabalho à distância, foi adotado por diversas entidades empregadoras, sendo caracterizado pela execução das tarefas no domicílio, de forma flexível (Losekann & Mourão, 2020; Mello, 1999). Refira-se que o teletrabalho não pode ser designado simplesmente como trabalho à distância, mas sim como um constituinte das alterações organizacionais que indicam maneiras flexíveis de trabalho apoiadas pelas tecnologias de informação e comunicação (Rosenfield & Alves, 2011). Neste sentido, com o panorama atual e a implementação do teletrabalho, os trabalhadores deixam de ir ao local de trabalho e, em consequência, passam a realizar as suas funções em casa. É, assim, necessário uma adaptação à mudança de rotinas (Garcia & Duarte, 2020), com uma conciliação entre a vida profissional e pessoal, especialmente quando se tem filhos pequenos ou em idade escolar, que necessitam da supervisão parental a partir de casa. Todas estas adaptações ocorreram de forma bastante rápida, e a comunidade não estava preparada para lidar com esta pandemia, tornando-se assim num grande desafio (Costa & Vigário, 2020), nomeadamente ao nível da saúde mental. A rotina diária das pessoas foi alterada, bem como a sua forma de habitar e sentir o mundo (Pulido, 2020).

A investigação tem sublinhado o crescimento de alguns quadros psicopatológicos na população geral, como a depressão e a ansiedade, sendo preocupante os seus efeitos na qualidade de vida e em distintas áreas do funcionamento humano (Almeida, 2016). É equacionado que o distanciamento social relacionado com as incertezas do presente e do futuro relativamente à pandemia da covid-19 possa levar a impactos negativos nas dimensões física, psicológica, emocional e espiritual (Costa & Vigário, 2020). Dados de estudos recentes sobre o impacto da covid-19 demonstram exatamente isso. A avaliação da saúde mental numa amostra da população Chinesa no surto da covid-19, destaca uma prevalência geral de 35,1% para os sintomas de ansiedade, de 20,1% para a depressão e de 18,2% para os problemas de sono. Acresce que os sujeitos com menos de 35 anos apresentaram maior probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão, ao longo do surto, do que os participantes com 35 ou mais anos (Huang & Zhao, 2020b). Refira-se que também têm sido descritas emoções de desamparo e estigma associadas à covid-19 (Wang et al., 2020).

A covid-19 caracteriza-se pelos seus elevados níveis de contágio, hipotetizando-se um possível aumento da **sintomatologia obsessivo-compulsiva** na população geral. As

obsessões são pensamentos, aflições ou imagens repetitivas e constantes vivenciadas como intrusivas e rejeitadas. Por seu lado, as compulsões são comportamentos recorrentes ou atos mentais que a pessoa considera ser conduzida a executar devido a uma obsessão ou segundo normas que têm de ser executadas rapidamente (American Psychiatric Association, 2014).

O medo do contágio e da fragilidade em relação à morte, adicionados à velocidade de dispersão, história natural e desenvolvimento da covid-19 pouco sabidos, tornam os seus impactos psicológicos evidentes (Moreira et al., 2020). Esta pandemia contemporânea pode então causar emoções bastante fortes, como por exemplo o medo de morrer, pânico, desordem psíquica, desamparo em relação ao futuro e ao sentido da vida, sentimento de ineficácia, vazio, esgotamento físico e mental, pensamento obsessivo e comportamento compulsivo (Sonoda, 2020). Uma investigação relacionada com as respostas psicológicas imediatas e os fatores associados à primeira fase da epidemia covid-19 na população geral Chinesa avaliou a inquietação do autocontágio, do contágio dos membros da família e da hipótese de sobreviverem. Cerca de 75,2% dos inquiridos apresentaram-se preocupados com a possibilidade da família ficar infetada com a doença, no entanto acreditavam que conseguiriam sobreviver. A preocupação vivenciada associou-se ao stresse e ansiedade dos membros da família e, em especial, das crianças (Wang et al., 2020). Similarmente, foram identificados níveis elevados de sintomas obsessivo-compulsivos nos profissionais de saúde ao longo da epidemia covid-19 (Zhang et al., 2020).

Apesar de ainda não terem sido publicados muitos estudos sobre o impacto psicológico da covid-19, a literatura já tinha evidenciado o impacto negativo que o isolamento pode ter na saúde mental. Uma investigação sobre a saúde mental de pessoas isoladas devido à Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS) identificou sintomas de ansiedade (47,2%) e raiva (16,6%), mantendo-se alguns destes sintomas após seis meses. Este estudo sublinha que, sem uma intervenção precoce, sintomas temporários como raiva, agressão e ansiedade podem, ao longo do tempo, evoluir para Stresse Pós-Traumático. Logo, é necessário que os sintomas relacionados com a raiva e a ansiedade sejam reconhecidos prematuramente, para delinear uma intervenção direcionada a estabilizar os sintomas a curto prazo (Jeong et al., 2016). Noutro estudo, realizado em Amoy Gardens, 87,4% dos inquiridos descreveram sofrimento psicológico e somático depois do surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), sendo comuns sintomas de humor baixo (73,1%), irritabilidade (56,7%) e insónia (34,2%). A amostra do estudo



atribuiu estes sintomas à contagiosidade da SARS (79,1%), à transmissão misteriosa (73,2%), ao estigma (65,1%), ao receio de sequelas após o tratamento (56,6%), à queda acentuada no valor de Amoy Gardens no que diz respeito ao mercado imobiliário (52,4%) e à quarentena que era necessário ser praticada (51,3%) (Lee et al., 2005).

Posto isto, o isolamento social imposto pela covid-19, assim como o medo do contágio acarretam consequências biopsicossociais, como stresse, ansiedade, depressão e redução da qualidade de sono. Estes aspetos, a longo prazo, podem contribuir para o desenvolvimento de diversas psicopatologias, como quadros ansiosos e depressivos, de stresse pós-traumático e de abuso de substâncias psicoativas, como álcool e tabaco (Ficanha et al., 2020). Refira-se que a conjugação de todas as modificações psicoemocionais, físicas e o stresse vivenciado, colabora de modo direto para piorar o funcionamento do sistema imunológico (Ray et al., 2017), e é extremamente essencial que o sistema imunológico se mantenha íntegro e capaz de ativar um sistema de defesa eficaz contra microrganismos, particularmente o Sars-CoV-2 (Costa & Vigário, 2020).

A literatura tem destacado que diversas variáveis podem influenciar a manifestação de sintomatologia psicopatológica, entre elas a **personalidade**. Cada vez mais existem investigações com o objetivo de compreender melhor a relação entre a psicopatologia e a personalidade, nomeadamente a sua capacidade preditiva da psicopatologia (e.g., Garcia-Fontanals et al., 2017; Lopes et al., 2001). A personalidade pode ser definida por um aglomerado estável das dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais da pessoa. Segundo o modelo dos cinco fatores de McCrae e Costa (1995), a personalidade é baseada em cinco dimensões e cada uma apresenta um conjunto de traços de personalidade, que influenciam os pensamentos, emoções e comportamentos, (Lima & Simões, 2000; Silva et al., 2007), podendo ser definidos a partir de palavras dicotómicas, são eles: extroversão (introvertivo/comunicativo; cuidadoso/ousado); amabilidade (oponente/bondoso); abertura à experiência (estandardizado/original); conscienciosidade (inconsequente/sensato); e neuroticismo (descansado/stressado; protegido/arriscado) (Pedroso-Lima et al., 2014). Um traço de personalidade é uma característica mental estável que contribui para definir como as pessoas experienciam o mundo, assim como o seu impacto às experiências que atravessam (Allik et al., 2013). Neste sentido, parece pertinente averiguar como os diferentes traços de personalidade, como criatividade, organização, ansiedade e amabilidade, podem contribuir de modo diferenciado para a vivência da situação de pandemia atual, tanto no que respeita ao desenvolvimento de psicopatologia, bem como no que respeita ao seguimento das normas de prevenção.

Uma meta-análise de 175 estudos, destacou relações entre a psicopatologia e os traços de personalidade, sendo as perturbações de ansiedade, o uso de substâncias e a depressão as perturbações mentais mais comuns encontradas, que se associam a níveis elevados de neuroticismo, baixos níveis de conscienciosidade e variações nos traços de extroversão e amabilidade. No entanto, nenhuma perturbação foi significativamente relacionada com a abertura à experiência (Kotov et al., 2010). Outra investigação, que pretendeu examinar a associação entre os cinco traços de personalidade e a depressão e ansiedade demonstrou que níveis elevados de neuroticismo, níveis baixos de extroversão, conscienciosidade e amabilidade apresentam-se como fatores de risco para os dois sexos. Por seu lado, níveis elevados na abertura à experiência associou-se negativamente com a depressão no sexo masculino (Nouri et al., 2019).

Ainda que não havendo estudos já publicados sobre a associação entre os traços de personalidade e a sintomatologia psicopatológica durante a pandemia covid-19, foram identificados certos traços de personalidade como principais preditores de resposta às políticas governamentais associadas à covid-19 (Zajenkowski et al., 2020). O neuroticismo é um traço de personalidade relacionado com a tendência a evitar perigos (Jonason & Sherman, 2020) e, consequentemente, pode fazer com que as pessoas que apresentem este traço incluam as regras/políticas governamentais na sua vida, no sentido de se sentirem mais seguras (Zajenkowski et al., 2020). O traço de amabilidade associa-se a pessoas de essência pró-social e que se preocupam com os outros (Wilkowski et al., 2006); logo, a população com esta característica pode cumprir o que é pedido, uma vez que o seu comportamento irá proteger as outras pessoas (Zajenkowski et al., 2020). A abertura à experiência é um traço de personalidade que está relacionado com formas tendenciosas de compreender o mundo, pelo que, com adversidades limitadas, as pessoas com este traço são capazes de se envolverem em comportamentos importantes não associados à sobrevivência, como por exemplo expressões artísticas e intelectuais (Jonason & Sherman, 2020), o que poderá eventualmente ser um fator protetor da saúde mental. A conscienciosidade é característica de pessoas que evitam germes e preferem viver de forma organizada (McCrae & Costa, 2008), pelo que o isolamento social pode ser menos perturbador para as pessoas com este traço (Ai et al., 2019). Já o traço de personalidade extroversão está relacionado com pessoas que visitam mais lugares ao longo do dia e procuram o contacto interpessoal, em consequência, o isolamento é considerado mais difícil (Zajenkowski et al., 2020). Assim, a extroversão e a conscienciosidade demonstraram ter um contributo específico no que respeita ao

envolvimento com as medidas de prevenção associadas à covid-19, isto é, quanto maior a extroversão menor o distanciamento social praticado e quanto maior a conscienciosidade maior o distanciamento social e a lavagem de mãos (Carvalho et al., 2020).

Face a um cenário tão incerto como o que vivemos atualmente, poderá ser importante a existência de níveis adequados de **otimismo** na comunidade. A definição de otimismo está relacionada com expectativas para o futuro (Carver et al., 2010), ou seja, expectativas positivas. O otimismo é considerado em vários estudos como um traço de personalidade (Kern et al., 2019) que predetermina as expectativas positivas das pessoas e, em consequência, contribui para uma saúde melhor (Uchida et al., 2018). Assim, na situação contemporânea de pandemia, o otimismo pode ajudar a responder de forma adaptativa e disponibilizar mecanismos cognitivos, contextuais e de *coping* que proporcionam saúde mental (Carver et al., 2010). O otimismo prevê e beneficia tanto a saúde física como a psicológica (Segerstrom, 2007), ao proporcionar modelos de comportamento saudáveis e soluções adaptativas interligadas à vida de cada pessoa para enfrentar circunstâncias negativas (Conversano et al., 2010). Uma meta-análise destacou o otimismo como um preditor significativo de resultados positivos para a saúde física (Rasmussen et al., 2009) e que, por consequência, reflete de forma favorável na saúde mental (Segerstrom, 2006). Diversos estudos realçam que o otimismo é um fator protetor da psicopatologia, especialmente no que diz respeito à depressão e a dificuldades interpessoais (Sánchez et al., 2010), assim como de experiências de raiva, influenciando a menor perceção de sintomas físicos (Remor et al., 2006), e apresentando igualmente uma correlação significativamente positiva com a autoestima elevada (Makikangas et al., 2004). Abordando a associação entre otimismo, afetos positivos e traços de personalidade, vários estudos realçaram a elevada conexão entre extroversão e otimismo, uma vez que este traço se relaciona com pessoas mais despreocupadas, sociáveis e afetuosas (Bueno et al., 2001; Gasparetto et al., 2017).

Um estudo sobre a análise das relações entre o otimismo, stresse no trabalho e esgotamento emocional ao longo da covid-19 em profissionais de saúde na Turquia, obteve resultados elevados de otimismo, stresse e esgotamento emocional, embora os dois últimos em menor quantidade. O alto nível de otimismo pode ser devido às precauções tomadas, como os testes disponibilizados para o diagnóstico da covid-19, os medicamentos, os materiais e os equipamentos usados no tratamento pelos profissionais de saúde, a recolha de informação sobre a covid-19, a contratação de novos profissionais,

a partilha de dados sobre a pandemia, a implementação de quarentena e o encerramento de estabelecimentos. O grau de otimismo, neste sentido, parece contribuir para reduzir o stress e, consequentemente, reduzir o esgotamento emocional (Özdemir & Kerse, 2020).

Alterações nos padrões de sono e estilo de vida influenciam a saúde mental e a resposta ao stress, pelo que a saúde mental precisa de ser acompanhada depois da covid-19 (Holmes et al., 2020). A pandemia atual é, de facto, um episódio tressante para toda a população mundial e, neste sentido, é importante que cada elemento usufrua das suas **estratégias de coping**/enfrentamento para lidar com a situação. O *coping* é definido pelos processos mentais conscientes utilizados pela pessoa para controlar a ansiedade que as adversidades do ambiente envolvente estimula (Geada, 1996). As estratégias de *coping* são designadas pelos esforços mentais, sentimentais e comportamentais para lidar com pedidos externos ou internos específicos, interpretados como exagerados ou que excedem os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1986). As estratégias de *coping* têm sido consideradas como um preditor mais importante da psicopatologia, comparativamente com a personalidade (Mirnics et al., 2013). Assim, no estudo de Mirnics et al. (2013) o *coping* e a personalidade foram responsáveis por uma variância da psicopatologia em 40-50%, sendo que os traços de conscienciosidade, extroversão e neuroticismo foram as variáveis mais predictoras da psicopatologia. Noutro estudo, as estratégias de *coping* foram igualmente consideradas como um preditor mais confiável do que a personalidade, no que concerne a resultados emocionais, nomeadamente do stress (Knoll et al., 2005).

Um estudo recente desenvolvido na Alemanha nesta fase da covid-19, sobre a perceção de perigo e estratégias de *coping*, sublinhou que 87,2% dos entrevistados evitam locais públicos ou eventos, 87,2% desinfetam ou lavam as mãos com mais regularidade, 85,2% evitam os transportes públicos, e 78,0% evitam a aproximação com grupos de risco. O mesmo estudo mostrou igualmente que as mulheres usam regularmente mais estratégias direcionadas para a emoção e para o problema, comparativamente aos homens, e as pessoas mais velhas têm menor probabilidade de utilizar estratégias de *coping* direcionadas para a emoção (Gerhold, 2020).

Posto isto, em situações inesperadas e que necessitem de adaptações nos hábitos de vida, a saúde mental pode ficar comprometida e, consequentemente, poderá aparecer a psicopatologia. Como referido anteriormente, a personalidade de cada pessoa, assim como o otimismo e as estratégias de *coping* são fatores importantes no processo de adaptação e de definição de estratégias de enfrentamento, no modo de agir e experienciar a situação, nomeadamente de uma pandemia. Como esta doença apresenta elevados níveis

de contágio, nomeadamente através de partículas que saem pela boca e pelo contacto com objetos infetados, será de equacionar a possibilidade de esta amostra poder apresentar níveis mais elevados de obsessão e compulsão pela limpeza. Torna-se, assim, pertinente enquadrar todos estes construtos numa investigação para saber mais sobre o impacto psicológico da covid-19. Deste modo, o presente estudo parte de algumas hipóteses de partida, nomeadamente que, face à situação pandémica vivenciada, as mudanças na rotina dos sujeitos tenham impacto na sua saúde psicológica, ou seja, espera-se que a saúde psicológica dos Portugueses esteja comprometida após o início da covid-19, nomeadamente níveis mais elevados de psicopatologia, obsessões-compulsões neuroticismo. Outro resultado esperado é que o otimismo, algumas estratégias de *coping* (como as estratégias de *coping*-ativo, reinterpretação positiva, aceitação e planeamento), e alguns fatores de personalidade (extroversão, conscienciosidade, amabilidade e abertura à experiência) sejam variáveis protetoras da saúde psicológica. Por fim, dada a conjuntura da vida sociocultural e familiar das mulheres portuguesas, ou seja, mais encargos em casa com o lar e os filhos, a que se soma a gestão de uma carreira profissional, poderá contribuir para que seja o sexo feminino a ser mais afetado psicologicamente por esta pandemia.

Assim, o **objetivo** principal deste estudo é averiguar o impacto psicológico da covid-19 numa amostra significativa da população portuguesa, nomeadamente nas suas vidas, rotinas, analisando a sintomatologia psicopatológica e algumas variáveis psicológicas (personalidade, otimismo e estratégias de *coping*). Em continuidade, são definidos como objetivos específicos: 1) fazer uma análise descritiva e exploratória sobre a perceção dos comportamentos e o futuro face à covid-19, sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão pela limpeza, fatores de personalidade, otimismo e estratégias de *coping* que os sujeitos estão a utilizar; 2) estudar a associação entre a sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão pela limpeza, personalidade, otimismo e estratégias de *coping*; 3) analisar as diferenças na sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão pela limpeza, fatores de personalidade, otimismo e estratégias de *coping* em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência) e contextuais (prática de quarentena pela pessoa/familiar, presença de doenças crónicas e perceção sobre o impacto da covid-19 no futuro).

## **Método**

### **Participantes**

O presente estudo é concetualizado como exploratório, descritivo e correlacional. O método de amostragem é não probabilística por conveniência e em bola de neve, uma vez que foi partilhado em redes sociais (grupos pertinentes para o estudo) e compartilhado por várias pessoas (Carmo & Ferreira, 2002).

No que respeita à seleção da amostra, foi definido como critérios de inclusão os sujeitos terem 18 anos ou mais, nacionalidade portuguesa e o preenchimento de um consentimento informado em como aceitam participar no estudo (Apêndice A).

Na Tabela 1 apresentam-se os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes. A amostra desta investigação é de 2402 inquiridos, em que 86,8% são do sexo feminino e os restantes 13,2% do sexo masculino. As suas idades são compreendidas entre os 18 e os 66 ou mais anos ( $M = 36,80$ ;  $DP = 11,80$ ). No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos inquiridos são casados ou estão em união de facto (47,9%), têm uma licenciatura como habilitações literárias (43,7%) e têm um filho ( $M = 1,66$ ;  $DP = 0,73$ ). Quanto à residência, a grande maioria vive na cidade (57,2%), em apartamento (51,4%), e a sua habitação contém espaço exterior (62,9%). No que concerne a com quem os inquiridos vivem, a resposta mais frequente foi com família chegada/alargada ou amigos (90,6%). Relativamente à ocupação profissional, a maioria dos inquiridos respondeu que eram trabalhadores (69,8%) e que se encontram em casa devido à covid-19 (42,3%).

**Tabela 1***Variáveis sociodemográficas e profissionais*

|  |                                   | <i>n</i>    | %    |
|--|-----------------------------------|-------------|------|
| <b>Idade</b><br>( <i>M</i> = 36,80; <i>DP</i> = 11,80)<br>( <i>n</i> = 2401) <sup>a</sup>      | 18-24 anos                        | 431         | 17,9 |
|  | 25-35 anos                        | 724         | 30,1 |
|  | 36-50 anos                        | <b>934</b>  | 38,9 |
|  | 51-65 anos                        | 280         | 11,7 |
|  | 66 ou mais anos                   | 32          | 1,3  |
| <b>Sexo</b><br>( <i>n</i> = 2402)  | Feminino                          | <b>2086</b> | 86,8 |
|  | Masculino                         | 316         | 13,2 |
| <b>Estado Civil</b><br>( <i>n</i> = 2402)  | Solteiro/a                        | 1028        | 42,8 |
|  | Casado/a e União de Facto         | <b>1151</b> | 47,9 |
|  | Divorciado/a, Separado/a e Viúvo  | 223         | 9,3  |
| <b>Habilitações Literárias</b><br>( <i>n</i> = 2402)   | Ensino Básico                     | 93          | 3,9  |
|  | Ensino Secundário                 | 584         | 24,3 |
|  | Licenciatura                      | <b>1050</b> | 43,7 |
|  | Mestrado                          | 593         | 24,7 |
|  | Doutoramento                      | 82          | 3,4  |
| <b>Nº de Filhos</b><br>( <i>M</i> = 1,66; <i>DP</i> = 0,73)<br>( <i>n</i> = 1095) <sup>a</sup> | 1 Filho                           | <b>493</b>  | 20,5 |
|  | 2 Filhos                          | 490         | 20,4 |
|  | 3 Filhos                          | 112         | 4,7  |
| <b>Meio de residência</b><br>( <i>n</i> = 2402)  | Cidade                            | <b>1373</b> | 57,2 |
|  | Vila                              | 546         | 22,7 |
|  | Aldeia                            | 483         | 20,1 |
| <b>Onde vive</b><br>( <i>n</i> = 2276) <sup>a</sup>  | Apartamento                       | <b>1234</b> | 51,4 |
|  | Moradia                           | 1042        | 43,4 |
| <b>Espaço exterior na habitação (quintal/terraço)</b><br>( <i>n</i> = 2276) <sup>a</sup>       | Não                               | 765         | 31,8 |
|  | Sim                               | <b>1511</b> | 62,9 |
| <b>Com quem vive atualmente</b><br>( <i>n</i> = 2402)  | Sozinho/a                         | 226         | 9,4  |
|  | Família chegada/alargada e amigos | <b>2176</b> | 90,6 |
| <b>Ocupação atual</b><br>( <i>n</i> = 2402)  | Estudante                         | 326         | 13,6 |
|  | Trabalhado/a estudante            | 144         | 6,0  |
|  | Trabalhador/a                     | <b>1676</b> | 69,8 |
|  | Desempregado/a                    | 193         | 8,0  |
|  | Reformado/a                       | 63          | 2,6  |
| <b>Situação profissional devido à covid-19</b><br>( <i>n</i> = 2402)                           | Em casa, sem trabalhar            | <b>1017</b> | 42,3 |
|  | A trabalhar no local de trabalho  | 477         | 19,9 |
|  | A trabalhar a partir de casa      | 845         | 35,2 |
|  | Já trabalhava em casa             | 63          | 2,6  |

*Nota.* *n* = Número de sujeitos; % = Percentagem; <sup>a</sup> Perguntas de resposta não obrigatória.

**Procedimento**

Inicialmente foi elaborado um protocolo de estudo que integrou o consentimento informado, com o fim de dar a conhecer o tema, os critérios de inclusão, os objetivos de investigação, assegurar o anonimato e confidencialidade, assim como garantir que os dados recolhidos serão utilizados unicamente para fins de investigação. Numa fase posterior, foram solicitadas autorizações aos autores da versão portuguesa dos instrumentos, para utilização dos instrumentos (Anexo 1).

Para assegurar o maior número de respostas foi criado um questionário *online*, a partir da plataforma Google *Docs* e partilhado na rede social *Facebook*, em vários grupos fechados, nomeadamente grupos relacionados com a covid-19.

O tempo estimado de preenchimento do protocolo foi de 20 minutos e a recolha de dados decorreu entre 20 de março e 29 de junho de 2020, período que corresponde ao estado de emergência (18 de março a 29 de abril) e ao estado de calamidade (de 30 de abril a 26 de junho).

## **Instrumentos**

### **Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico (Apêndice B) integrou questões de autorresposta, para obter dados pessoais sobre a população em estudo (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, distrito de residência, meio de residência, tipo de habitação, com quem vive, questões relacionadas com os filhos (número de filhos, idades, onde se encontram durante este período atípico), ocupação atual, profissão, se está a trabalhar atualmente, se tem alguma perturbação psicológica/psiquiátrica) e informações relativas à covid-19 (se o próprio ou alguém da família: está sob suspeita de estar infetado, está de quarentena, contraiu a doença ou está internado em meio hospitalar devido à infeção; se apresenta fatores de risco para a covid-19; quais as atividades que realiza nestes dias fora de casa). Foram ainda colocadas questões para averiguar o modo como o sujeito está a lidar com o panorama atual e quais as medidas de prevenção adotadas, recorrendo-se a uma escala tipo *Likert*, com cinco opções de resposta (1 = “Totalmente falso”, 2 = “Moderadamente falso”, 3 = “Nem verdadeiro nem falso”, 4 = “Moderadamente verdadeiro”, 5 = “Totalmente verdadeiro”).

### ***Brief Symptom Inventory*/Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Derogatis, 1982; tradução e adaptação para a população portuguesa por Canavarro, 1999)**

O BSI (Anexo 2) é constituído por 53 itens e avalia os sintomas psicopatológicos, integrando nove subescalas de sintomatologia e três avaliações sumárias de patologia emocional (Índices Globais). As suas nove dimensões são: somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), obsessões-compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32, e 36), sensibilidade interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), ansiedade fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47), ideação paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51), e psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53) (Derogatis, 1993, citado por Canavarro, 1999). Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma das subescalas mas, pela sua importância clínica, inserem-se nas pontuações dos Índices Globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) (Canavarro, 1999).

É pedido que o inquirido descreva o modo como o problema o afetou nos sete dias passados e as opções de resposta variam entre “nunca” (0) a “muitíssimas vezes” (4). Os resultados de cada subescala são averiguados pela soma dos valores (0-4) obtidos, a dividir pelo número de itens da subescala. O cálculo dos Índices Globais deve seguir



regras: no IGS soma-se os valores de todos os itens a dividir pelo número total de respostas; no TPS, soma-se o número de itens com resposta positiva, ou seja, maior que zero; e no ISP divide-se a soma de todos os itens pelo resultado do TSP. O ponto corte do ISP averigua se existe presença de perturbação e, caso o valor de ISP seja superior a 1,7, há maior probabilidade de exibir perturbação emocional. Em resumo, existe maior sintomatologia psicopatológica quanto maior for a pontuação (Canavarro, 1999).

A consistência interna das nove subescalas da versão original é boa, apresentando os valores de alfa de Cronbach: somatização ( $\alpha = 0,80$ ), obsessões-compulsões ( $\alpha = 0,83$ ), sensibilização interpessoal ( $\alpha = 0,74$ ), depressão ( $\alpha = 0,85$ ), ansiedade ( $\alpha = 0,81$ ), hostilidade ( $\alpha = 0,78$ ), ansiedade fóbica ( $\alpha = 0,77$ ), ideação paranoide ( $\alpha = 0,77$ ) e psicoticismo ( $\alpha = 0,71$ ) (Derogatis & Melisaratos, 1983). No que diz respeito à versão portuguesa, a consistência interna é boa com valores de alfa de Cronbach para as subescalas de: somatização ( $\alpha = 0,80$ ), obsessões-compulsões ( $\alpha = 0,77$ ), sensibilidade interpessoal ( $\alpha = 0,76$ ), depressão ( $\alpha = 0,73$ ), ansiedade ( $\alpha = 0,77$ ), hostilidade ( $\alpha = 0,76$ ), ansiedade fóbica ( $\alpha = 0,62$ ), ideação paranoide ( $\alpha = 0,72$ ) e psicoticismo ( $\alpha = 0,62$ ) (Canavarro, 1999). O presente estudo obteve uma consistência interna muito boa, apresentando os seguintes valores de alfa de Cronbach: somatização ( $\alpha = 0,88$ ), obsessões-compulsões ( $\alpha = 0,85$ ), sensibilização interpessoal ( $\alpha = 0,84$ ), depressão ( $\alpha = 0,88$ ), ansiedade ( $\alpha = 0,88$ ), hostilidade ( $\alpha = 0,80$ ), ansiedade fóbica ( $\alpha = 0,83$ ), ideação paranoide ( $\alpha = 0,81$ ), psicoticismo ( $\alpha = 0,75$ ) e índice de sintomas positivos ( $\alpha = 0,87$ ).

***Obsessive-Compulsive Inventory – Revised/Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisto - OCI-R (subescala limpeza) (Foa et al., 2002; tradução e adaptação para a população portuguesa por Cardoso & Faria, 2016)***

O OCI-R (Anexo 3), uma versão reduzida do OCI, é um instrumento de autorresposta constituído por 18 itens, que avalia o nível de patologia sentido sobre os sintomas obsessivo-compulsivos ao longo do último mês. É dada uma escala de cinco pontos (0-4) para a pessoa responder, em que 0 corresponde a “De modo nenhum” e 4 corresponde a “Extremamente”. Este questionário avalia os sintomas da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) de acordo com seis subescalas, com três itens cada: acumulação, verificação, ordem, neutralização, limpeza e obsessões (Faria & Cardoso, 2017). No presente estudo apenas foi utilizada a subescala limpeza.

O OCI-R apresenta boa consistência interna, a subescala limpeza obteve valores de alfa de Cronbach de  $\alpha = 0,88$  na versão original (Foa et al., 2002) e de  $\alpha = 0,75$  na versão

portuguesa (Faria & Cardoso, 2017). No presente estudo a subescala limpeza obteve uma consistência interna razoável, com um alfa de Cronbach de 0,79.

**NEO-Five Factor Inventory/Inventário dos Cinco Fatores – NEO-FFI (Costa & McCrae, 1989; tradução e adaptação para a população portuguesa por Lima & Simões, 2000)**

O NEO-FFI (Anexo 4) é uma versão reduzida do NEO-PI-R e possibilita alcançar uma versão segura dos domínios do modelo dos cinco fatores da personalidade. Este instrumento avalia a personalidade e é constituído por 60 itens, 12 itens por subescala e a resposta é dada numa escala tipo Likert (0-4), em que 0 corresponde ao “Discordo Fortemente” e o 4 ao “Concordo Fortemente” (Magalhães et al., 2014). O NEO-FFI é composto por 5 subescalas: neuroticismo (itens 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56), extroversão (itens 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52, 57), abertura à experiência (itens 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53, 58), amabilidade (itens 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59) e conscienciosidade (itens 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60), sendo que apresenta alguns itens invertidos (itens 1, 16, 31, 46, 12, 27, 42, 57, 3, 8, 18, 23, 33, 38, 48, 9, 14, 24, 29, 39, 44, 59, 15, 30, 45 e 55).

Na versão original, o NEO-FFI apresentou alfas de Cronbach entre 0,68 e 0,86 (Costa & McCrae, 1989). Na versão portuguesa, o NEO-FFI exibe uma consistência interna alta, obtendo os seguintes alfas de Cronbach: conscienciosidade ( $\alpha = 0,81$ ), neuroticismo ( $\alpha = 0,81$ ), extroversão ( $\alpha = 0,75$ ), amabilidade ( $\alpha = 0,72$ ) e abertura à experiência ( $\alpha = 0,71$ ), bastante semelhantes à versão original (Magalhães et al., 2014). No presente estudo, a consistência interna do NEO-FF variou entre fraca e muito boa, apresentando os seguintes alfas de Cronbach por escala: conscienciosidade ( $\alpha = 0,80$ ), neuroticismo ( $\alpha = 0,85$ ), extroversão ( $\alpha = 0,75$ ), amabilidade ( $\alpha = 0,65$ ) e abertura à experiência ( $\alpha = 0,64$ ).

**Escala sobre o Otimismo (Barros, 1998)**

O instrumento (Anexo 5) é constituído por 4 itens e avalia o nível de otimismo percebido pela pessoa. Esta é uma escala unifatorial, tipo *Likert*, com 5 opções de resposta: 1 = “Totalmente em desacordo” – Absolutamente não, 2 = “Bastante em desacordo” – Não, 3 = “Nem de acordo, nem em desacordo” – Mais ou menos, 4 = “Bastante de acordo” – Sim, e 5 = “Totalmente de acordo” – Absolutamente sim. O grau de otimismo alcança-se a partir da soma dos resultados de cada item. Quanto maior o resultado maior o nível de otimismo, sendo o resultado mais elevado de 20 (Barros, 1998).

Relativamente às suas características psicométricas, este instrumento apresentou uma boa consistência interna, calculada a partir do alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,75$ ) (Barros, 1998) e, no presente estudo, evidenciou uma consistência interna muito boa ( $\alpha = 0,90$ ).

**Brief-Cope (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; tradução e adaptação para a população portuguesa por Ribeiro & Rodrigues, 2004)**

O Brief-Cope (Anexo 6) consiste num questionário que avalia as estratégias de *coping* disposicional usadas pelas pessoas, solicitando-se ao sujeito que responda consoante a forma como normalmente lida com problemas/situações de stresse. Este instrumento é composto por 28 itens e 14 subescalas: *coping* ativo (itens 2 e 7), relacionada com o começo de uma ação ou o criar esforços para acabar ou controlar a fonte de stresse; planear (itens 14 e 25), sobre o pensamento de como encarar o fator de stresse, ou seja, planear os esforços avaliados na subescala de *coping* ativo; utilização de suporte instrumental (itens 10 e 23), a pesquisa de informação, ajuda ou opinião de como atuar; utilização de suporte emocional (itens 5 e 15), relativo à procura de simpatia ou suporte emocional de outra pessoa; religião (itens 22 e 27), referente a uma maior atividade religiosa; reinterpretação positiva (itens 12 e 17), sobre realçar o melhor da situação e crescer, ou olhá-la de uma forma mais benéfica; autoculpabilização (itens 13 e 26), referente a criticar-se e culpabilizar-se pelo ocorrido; aceitação (itens 20 e 24), relativamente a aceitar o que aconteceu (fonte de stresse) e que é real; expressão de sentimentos (itens 9 e 21), relativa a uma maior consciência do seu estado de stresse emocional e da predisposição para expressar ou descarregar essas sensações; negação (itens 3 e 8), referente à rejeição da realidade do evento de stresse; autodistração (itens 1 e 9), relacionada com o desinteresse mental, como o dormir ou sonhar acordado; desinvestimento comportamental (itens 6 e 16), sobre o deixar de lutar pelo objetivo derivado à interferência da fonte de stresse; uso de substâncias (itens 4 e 11), utilização de drogas ou álcool; e humor (itens 18 e 28), relacionado com a capacidade de realizar piadas sobre o fator de stresse. O instrumento pontua numa escala tipo Likert de 4 pontos (de “0” a “3”), em que o 0 é referente a “Nunca faço isto” e o 3 a “Faço sempre isto”. A interpretação do resultado final é feita pelo total dos pontos dos itens de cada subescala, existindo um perfil e não um resultado global (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Relativamente à consistência interna, a versão original revelou valores de alfa de Cronbach nas várias subescalas: *coping* ativo ( $\alpha = 0,68$ ), planear ( $\alpha = 0,73$ ), utilizar suporte instrumental ( $\alpha = 0,64$ ), utilizar suporte emocional ( $\alpha = 0,71$ ), religião ( $\alpha = 0,82$ ), reinterpretação positiva ( $\alpha = 0,64$ ), autoculpabilização ( $\alpha = 0,69$ ), aceitação ( $\alpha = 0,57$ ),

expressão de sentimentos ( $\alpha = 0,50$ ), negação ( $\alpha = 0,54$ ), autodistração ( $\alpha = 0,71$ ), desinvestimento comportamental ( $\alpha = 0,65$ ), uso de substâncias ( $\alpha = 0,90$ ), humor ( $\alpha = 0,73$ ). No estudo da versão portuguesa, as subescalas apresentam os seguintes valores de alfa de Cronbach: *coping* ativo ( $\alpha = 0,65$ ); planejar ( $\alpha = 0,70$ ); utilizar suporte instrumental ( $\alpha = 0,81$ ); utilizar suporte social emocional ( $\alpha = 0,79$ ); religião ( $\alpha = 0,80$ ); reinterpretação positiva ( $\alpha = 0,74$ ); autculpabilização ( $\alpha = 0,62$ ); aceitação ( $\alpha = 0,55$ ); expressão de sentimentos ( $\alpha = 0,84$ ); negação ( $\alpha = 0,72$ ); autodistração ( $\alpha = 0,67$ ); desinvestimento comportamental ( $\alpha = 0,78$ ); uso de substâncias ( $\alpha = 0,81$ ); humor ( $\alpha = 0,83$ ). Assim, ambas as versões do Brief-Cope evidenciam uma consistência interna satisfatória, porém na versão original três subescalas apresentaram consistência interna inferior ao valor fronteira de 0,60, já na versão portuguesa apenas a subescala aceitação exibe um alfa de Cronbach baixo (Ribeiro & Rodrigues, 2004). No presente estudo, o Brief-Cope obteve uma boa consistência interna, com os seguintes alfas de Cronbach: *coping* ativo ( $\alpha = 0,69$ ), planejar ( $\alpha = 0,65$ ), utilizar suporte instrumental ( $\alpha = 0,74$ ), utilizar suporte emocional ( $\alpha = 0,77$ ), religião ( $\alpha = 0,86$ ), reinterpretação positiva ( $\alpha = 0,79$ ), aceitação ( $\alpha = 0,70$ ), expressão de sentimentos ( $\alpha = 0,72$ ), negação ( $\alpha = 0,65$ ), desinvestimento comportamental ( $\alpha = 0,70$ ), uso de substâncias ( $\alpha = 0,90$ ) e humor ( $\alpha = 0,84$ ). As subescalas autculpabilização e autodistração foram excluídas do estudo por apresentarem alfas de Cronbach inadmissíveis ( $\alpha < 0,60$ ).

### **Análise Estatística**

Os dados foram analisados e trabalhados no *software* estatístico *Statistic Package Social Sciences*, SPSS (versão 19), sendo usados apenas para fins de investigação.

Inicialmente optou-se por testar a normalidade dos dados a partir do teste Kolmogorov-Smirnov (KS), obtendo-se uma distribuição não normal em todas as escalas. No entanto, apenas a subescala uso de substâncias do instrumento Brief-Cope é que não seguiu os valores indicadores de assimetria menores de 2 e de curtose menores de 7, correspondentes a uma distribuição normal (Kim, 2013). Esta discrepância pode ser justificada pelo tamanho elevado da amostra. Na medida em que uma amostra tende para a normalidade quando tem um  $n$  superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2008), como a nossa amostra tem um  $n = 2402$  e os valores de assimetria e curtose verificados foram inferiores a 2 e 7, respetivamente, optámos por uma estatística paramétrica.

De seguida, optou-se por recodificar as variáveis em estudo com o intuito de agrupar opções de resposta e simplificar a análise estatística. A variável estado civil foi

recodificada, passando a três grupos: solteiro, casado e união de facto (casado/a ou em união de facto e recasado/a ou em nova união de facto) e divorciado/a, separado/a e viúvo (divorciado/a ou separado/a e viúvo/a). O número de filhos foi recategorizado em três faixas etárias (1 filho, 2 filhos e 3 filhos). A variável “com quem vive atualmente” foi recodificada para duas opções de resposta: sozinho/a e família chegada/alargada e amigos. Nas questões sobre como as pessoas estão a lidar com o panorama atual da covid-19 e sobre o cumprimento das recomendações de saúde, optou-se por agrupar as duas primeiras e as duas últimas opções de resposta, ficando: falso (totalmente falso e moderadamente falso), nem falso nem verdadeiro e verdadeiro (moderadamente verdadeiro e totalmente verdadeiro). Na análise descritiva recategorizou-se a variável idade em cinco faixas etárias (18-24 anos, 25-35 anos, 36-50 anos, 51-65 anos, 66 ou mais anos) e recodificou-se a variável habilitações literárias em cinco grupos (ensino básico, ensino secundário, licenciatura, mestrado, doutoramento). Posteriormente, para a análise estatística recategorizou-se a variável idade em três faixas etárias (18-24 anos, 25-50 anos, 51 ou mais anos) e recodificou-se a variável habilitações literárias em três grupos (ensino básico, ensino secundário, ensino superior). Posteriormente, realizou-se a caracterização sociodemográfica, socioprofissional e sociopsicológica da amostra, assim como a análise descritiva das subescalas em investigação, utilizando a média, desvio-padrão e variância, que são medidas de tendência central e de dispersão, respetivamente.

Os alfas de Cronbach foram interpretados a partir de Pestana e Gageiro (2008), classificando-se assim a consistência interna:  $\alpha < 0,6$  (inadmissível);  $0,6 < \alpha < 0,7$  (fraca);  $0,7 < \alpha < 0,8$  (razoável);  $0,8 < \alpha < 0,9$  (boa) e  $0,9 > \alpha < 0,95$  (muito boa). No que diz respeito às correlações, o coeficiente de correlação de Pearson foi interpretado a partir dos valores de Cohen (1988): 0,10 - 0,29 (baixa); 0,30 - 0,49 (moderada) e 0,50 - 1,00 (elevada).

Por último, utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes e a análise da variância (ANOVA) para averiguar as diferenças das dimensões em estudo em função das variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, meio de residência, estar em quarentena, presença de doença crónicas e *perceção sobre o impacto da covid-19 no futuro*. No sentido de mensurar a magnitude das diferenças das médias dos grupos foi utilizado o eta quadrado de Cohen, sendo utilizados os seguintes critérios para interpretar os valores de *d*:  $< 0,19$  (insignificante); 0,20 – 0,49 (pequeno) e 0,50- 0,79 (médio) e 0,80 – 1,29 (grande) (Cohen, 1988).

De todas as variáveis em estudo, apenas existiam diferenças estatisticamente significativas na subescala somatização (BSI), quando comparadas as amostras recolhidas antes e depois de 17 de abril de 2020 (segunda renovação da declaração do estado de emergência em Portugal), pelo que optámos por manter a totalidade da amostra recolhida.

## Resultados

Na Tabela 2 apresentam-se os dados de saúde da amostra face à covid-19, em que 86,3% referiu não ter perturbação psicológica/psiquiátrica. A maioria dos inquiridos ou família não se encontram de quarentena (58,1%) e, no geral, não houve contágio do inquirido ou de família e amigos (94,6%). Apenas 0,7% dos inquiridos, família ou amigos se encontram internados pela covid-19. A maioria dos participantes não apresenta doenças crónicas (69,1%) como fator de risco.

**Tabela 2**

*Variáveis de saúde face à covid-19 (N = 2042)*

|  | Não  |             | Sim  |      |
|--|------|-------------|------|------|
|  | n    | %           | n    | %    |
| Perturbação psicológica/psiquiátrica                 | 2073 | <b>86,3</b> | 329  | 13,7 |
| Você ou alguém da sua família está de quarentena     | 1396 | <b>58,1</b> | 1006 | 41,9 |
| Contraíu, ou conhece alguém que contraíu a covid-19  | 2272 | <b>94,6</b> | 130  | 5,4  |
| Está/esteve internado com covid-19 ou conhece alguém | 2386 | <b>99,3</b> | 16   | 0,7  |
| Doenças crónicas como fator de risco                 | 1659 | <b>69,1</b> | 743  | 30,9 |

*Nota.* n = Número de sujeitos; % = Percentagem.

No que concerne aos dados relativos ao cumprimento das recomendações de saúde (Tabela 3), a esmagadora maioria da amostra diz manter distanciamento social de pelo menos 1 metro, evita aglomerados de pessoas, evita jantares com amigos/família, não cumprimenta familiares/não familiares com beijo/aperto de mão e lava ou desinfeta as mãos com frequência.

**Tabela 3**

*Dados relativos ao cumprimento das recomendações de saúde para covid-19 (N = 2402)*

|   | Falso |     | Nem F nem V |     | Verdadeiro |             |
|---|-------|-----|-------------|-----|------------|-------------|
|   | n     | %   | n           | %   | n          | %           |
| Manter a distância de pelo menos 1 metro das pessoas    | 63    | 2,6 | 52          | 2,2 | 2287       | <b>95,2</b> |
| Evitar aglomerados de pessoas                           | 10    | 0,4 | 5           | 0,2 | 2386       | <b>99,3</b> |
| Evitar jantares com amigos/família                      | 31    | 1,3 | 40          | 1,7 | 2330       | <b>97,0</b> |
| Não cumprimentar familiares com beijo/aperto de mão     | 56    | 2,3 | 46          | 1,9 | 2299       | <b>95,7</b> |
| Não cumprimentar não familiares com beijo/aperto de mão | 16    | 0,7 | 19          | 0,8 | 2366       | <b>98,5</b> |
| Lavar ou desinfetar as mãos com frequência              | 18    | 0,7 | 26          | 1,1 | 2357       | <b>98,1</b> |
| Lavar as mãos quando toca superfície p. contaminada     | 28    | 1,2 | 53          | 2,2 | 2320       | <b>96,6</b> |

*Nota.* n = Número de sujeitos; % = Percentagem.

Na Tabela 4 apresentam-se as perceções sobre a covid-19 e sobre como as pessoas estão a lidar com esta pandemia. De modo geral, os inquiridos encontram-se receosos do que poderá advir no futuro (78,3%) após a pandemia, consideram que: a sociedade não

está a exagerar quanto à gravidade da situação (83,2%), a covid-19 é ameaçadora (94,8%), fatal (67,3%), controlável enquanto pandemia (48,2%), de recuperação difícil (57,3%) e que irá mudar as suas próprias vidas (72,3%). A maioria da amostra sente que corre o risco de contrair a doença nos próximos meses (69,2%), apresenta medo do contágio (75,7%), no entanto acha que consegue preveni-lo (59,6%) a partir do cuidado que tiver com a situação (57,7%). A preocupação pela covid-19 é evidente (88,3%) e os inquiridos, na sua maior parte, experienciam tristeza, ansiedade, confusão, receio ou irritação (64,8%). Os inquiridos estão a estabelecer novas rotinas (66,7%), assim como as suas famílias (88,5%), para se manterem saudáveis, como usar o sentido de humor para lidar com a situação atual (69,8%), falar/desabafar com familiares e/ou amigos sobre como se sentem (65,8%), manter o contacto com amigos e/ou familiares através do telefone ou redes sociais (94,6%), pesquisar informação sobre a covid-19 (77,7%), ainda que considerando existir bastante informação errada em relação ao assunto (78,9%). No geral, a amostra apresenta mais cuidado no contacto interpessoal (96,3%) e evita estabelecer interações sociais (93,0%), sendo esta mudança considerada como difícil pelos inquiridos (65,3%). No que diz respeito à situação profissional atual dos participantes do estudo, a maioria respondeu que a sua atividade profissional irá sofrer impacto com a covid-19 (77,2%), prevendo-se perdas financeiras (66,7%).

**Tabela 4***Perceções sobre o panorama atual da covid-19 (N = 2402)*

|  | Falso |             | Nem F nem V |      | Verdadeiro |             |
|--|-------|-------------|-------------|------|------------|-------------|
|  | n     | %           | n           | %    | n          | %           |
| Tenho medo do desconhecido e do que pode acontecer no futuro               | 276   | 11,5        | 245         | 10,2 | 1881       | <b>78,3</b> |
| Estão a exagerar quanto à gravidade da situação                            | 1999  | <b>83,2</b> | 224         | 9,3  | 179        | 7,5         |
| A covid-19 é ameaçadora  | 52    | 2,2         | 72          | 3,0  | 2278       | <b>94,8</b> |
| A covid-19 é fatal   | 303   | 12,6        | 597         | 20,1 | 1617       | <b>67,3</b> |
| A covid-19 é controlável enquanto pandemia                                 | 648   | 27,0        | 597         | 24,9 | 1157       | <b>48,2</b> |
| A covid-19 é de recuperação difícil  | 310   | 12,9        | 716         | 29,8 | 1376       | <b>57,3</b> |
| A covid-19 vai mudar a minha vida  | 197   | 8,2         | 469         | 19,5 | 1736       | <b>72,3</b> |
| Corro o risco de contrair a doença nos próximos meses <sup>a</sup>         | 179   | 7,5         | 562         | 23,4 | 1661       | <b>69,2</b> |
| Tenho medo de ser contagiado/a pela covid-19                               | 248   | 10,3        | 336         | 14,0 | 1818       | <b>75,7</b> |
| Sou capaz de prevenir o contágio pela covid-19                             | 354   | 14,7        | 616         | 25,6 | 1432       | <b>59,6</b> |
| Uma pessoa ser contagiada depende do cuidado que tiver                     | 438   | 18,2        | 578         | 24,1 | 1386       | <b>57,7</b> |
| Sinto-me preocupado/a com a covid-19                                       | 95    | 4,0         | 187         | 7,8  | 2120       | <b>88,3</b> |
| Sinto-me triste, ansioso, confuso, assustado ou zangado devido à pandemia  | 445   | 18,5        | 401         | 16,7 | 1556       | <b>64,8</b> |
| Estou a desenvolver novas rotinas para poder manter-me saudável            | 328   | 13,7        | 473         | 19,7 | 1601       | <b>66,7</b> |
| A minha família mudou os seus hábitos/rotinas                              | 101   | 4,2         | 175         | 7,3  | 2126       | <b>88,5</b> |
| Estou a ser capaz de usar o sentido de humor para lidar a situação difícil | 292   | 12,2        | 434         | 18,1 | 1676       | <b>69,8</b> |
| Tenho falado/desabafado com os amigos/familiares sobre como me sinto       | 448   | 18,7        | 373         | 15,5 | 1581       | <b>65,8</b> |
| Tenho mantido contacto com familiares/amigos por telefone/redes sociais    | 44    | 1,8         | 85          | 3,5  | 2273       | <b>94,6</b> |
| Tenho pesquisado informação sobre a covid-19                               | 249   | 10,4        | 286         | 11,9 | 1867       | <b>77,7</b> |
| Existe muita informação errada sobre a covid-19                            | 151   | 6,3         | 356         | 14,8 | 1895       | <b>78,9</b> |
| Tenho tomado precauções especiais no contacto interpessoal                 | 22    | 0,9         | 66          | 2,7  | 2314       | <b>96,3</b> |
| Tenho evitado estabelecer interações sociais                               | 69    | 2,9         | 99          | 4,1  | 2234       | <b>93,0</b> |
| Custou-me mudar os hábitos de interação social                             | 484   | 20,1        | 350         | 14,6 | 1568       | <b>65,3</b> |
| A minha atividade profissional sofreu/vai sofrer impacto                   | 262   | 10,9        | 285         | 11,9 | 1855       | <b>77,2</b> |
| Projeto sofrer perdas financeiras  | 400   | 16,7        | 400         | 16,7 | 1602       | <b>66,7</b> |

Nota. n = Número de sujeitos; % = Percentagem; <sup>a</sup> Perguntas de resposta não obrigatória.

Na Tabela 5 apresenta-se a análise descritiva das dimensões dos sintomas psicopatológicos (BSI), das obsessões e compulsões (OCI-R), do inventário dos cinco fatores da personalidade (NEO-FFI), da escala do otimismo e do Brief-Cope.

No que diz respeito aos sintomas psicopatológicos, o resultado do índice de sintomas positivos encontra-se acima do ponto de corte ( $M = 1,74$ ;  $DP = 0,61$ ), verificando-se nesta amostra a presença de perturbação psicopatológica. As subescalas somatização ( $M = 0,68$ ;  $DP = 0,81$ ), depressão ( $M = 0,99$ ;  $DP = 0,89$ ), ansiedade ( $M = 1,11$ ;  $DP = 0,91$ ) e psicoticismo ( $M = 0,73$ ;  $DP = 0,75$ ) do BSI apresentaram valores médios elevados em comparação com os valores médios validados para a população portuguesa. Por seu lado, a subescala ansiedade fóbica ( $M = 0,80$ ;  $DP = 0,92$ ) apresentou um valor médio mais próximo da população clínica ( $M = 1,02$ ;  $DP = 0,85$ ) do que da população geral ( $M = 0,42$ ;  $DP = 0,66$ ) (Canavarro, 1999). Dentro das subescalas analisadas destacou-se as obsessões/compulsões com a média mais alta ( $M = 1,17$ ;  $DP = 0,89$ ), seguida da ansiedade ( $M = 1,11$ ;  $DP = 0,91$ ). A subescala limpeza do inventário das obsessões e compulsões também obteve uma média elevada ( $M = 4,29$ ;  $DP = 3,18$ ) em comparação com o valor médio validado para a população portuguesa ( $M = 1,41$ ;  $DP = 2,06$ ) (Faria & Cardoso, 2017). Em relação à personalidade, as subescalas conscienciosidade ( $M = 35,31$ ;  $DP = 6,59$ ) e amabilidade ( $M = 33,45$ ;  $DP = 5,50$ ) destacaram-se pelos seus valores médios mais elevados, em comparação com as restantes subescalas extroversão ( $M = 29,46$ ;  $DP = 6,73$ ), abertura à experiência ( $M = 29,59$ ;  $DP = 6,16$ ) e neuroticismo ( $M = 25,04$ ;  $DP = 9,05$ ), esta última dimensão com uma média mais baixa. Em comparação com os valores médios para a população portuguesa, o neuroticismo ( $M = 23,92$ ;  $DP = 7,46$ ), abertura à experiência ( $M = 27,54$ ;  $DP = 6,30$ ), amabilidade ( $M = 32,49$ ;  $DP = 5,61$ ) e conscienciosidade ( $M = 34,26$ ;  $DP = 6,31$ ) apresentaram-se com valores médios mais elevados (Magalhães et al., 2014). Por seu lado, o otimismo apresentou uma média de 14,87 ( $DP = 3,44$ ). Por fim, em comparação com as restantes subescalas do *coping*, as subescalas planear ( $M = 4,30$ ;  $DP = 1,25$ ) e *coping* ativo ( $M = 4,21$ ;  $DP = 1,27$ ) destacaram-se pelos seus valores médios elevados comparativamente com os valores de Maroco et al. (2014;  $M = 3,07$  e  $M = 2,77$ , respetivamente).



**Tabela 5**

*Estatísticas descritivas das dimensões da BSI, do OCI-R, do NEO-FFI, da Escala do Otimismo e do Brief-Cope (N = 2402)*

|   | <i>Min-Máx</i> | <b>Variação</b> |           |
|---|----------------|-----------------|-----------|
|   |                | <i>M</i>        | <i>DP</i> |
| <b>BSI</b> Somatização                        | 0-4            | 0,68            | 0,81      |
| <b>BSI</b> Obsessões/Compulsões               | 0-4            | <b>1,17</b>     | 0,89      |
| <b>BSI</b> Sensibilidade Interpessoal         | 0-4            | 0,86            | 0,90      |
| <b>BSI</b> Depressão                          | 0-4            | 0,99            | 0,89      |
| <b>BSI</b> Ansiedade                          | 0-4            | 1,11            | 0,91      |
| <b>BSI</b> Hostilidade                        | 0-4            | 0,85            | 0,75      |
| <b>BSI</b> Ansiedade Fóbica                   | 0-4            | 0,80            | 0,92      |
| <b>BSI</b> Ideação Paranóide                  | 0-3,80         | 0,99            | 0,85      |
| <b>BSI</b> Psicoticismo                       | 0,4            | 0,73            | 0,75      |
| <b>BSI</b> ISP <sup>a</sup>                   | 1-4            | 1,74            | 0,61      |
| <b>OCI-R</b> Limpeza                          | 0-12           | <b>4,29</b>     | 3,18      |
| <b>NEO-FFI</b> Neuroticismo <sup>a</sup>      | 1-48           | 25,04           | 9,05      |
| <b>NEO-FFI</b> Extroversão <sup>a</sup>       | 1-47           | 29,46           | 6,73      |
| <b>NEO-FFI</b> Abertura à Experiência         | 7-47           | 29,59           | 6,16      |
| <b>NEO-FFI</b> Amabilidade <sup>a</sup>       | 9-47           | 33,45           | 5,50      |
| <b>NEO-FFI</b> Conscienciosidade <sup>a</sup> | 8-48           | <b>35,31</b>    | 6,59      |
| <b>Escala do Otimismo</b> <sup>a</sup>        | 4-20           | <b>14,87</b>    | 3,44      |
| <b>BC</b> Coping-Ativo                        | 0-6            | <b>4,21</b>     | 1,27      |
| <b>BC</b> Utilização de Suporte Instrumental  | 0-6            | 3,20            | 1,62      |
| <b>BC</b> Utilização de Suporte Emocional     | 0-6            | 3,32            | 1,65      |
| <b>BC</b> Religião                            | 0-6            | 1,89            | 1,90      |
| <b>BC</b> Reinterpretação Positiva            | 0-6            | 3,88            | 1,49      |
| <b>BC</b> Aceitação                           | 0-6            | 3,97            | 1,32      |
| <b>BC</b> Expressão de Sentimentos            | 0-6            | 3,22            | 1,54      |
| <b>BC</b> Negação                             | 0-6            | 1,28            | 1,41      |
| <b>BC</b> Desinvestimento Comportamental      | 0-6            | 0,91            | 1,22      |
| <b>BC</b> Uso de substâncias                  | 0-6            | 0,36            | 0,97      |
| <b>BC</b> Humor                               | 0-6            | 2,90            | 1,64      |
| <b>BS</b> Planear                             | 0-6            | <b>4,30</b>     | 1,25      |

*Nota.* BSI = Brief Symptom Inventory; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; BC = Brief-Cope; ISP = Índice de Sintomas Positivos; N = número de sujeitos; *Min* = Mínimo; *Máx* = Máximo; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão.

Na Tabela 6 estão representadas as correlações de Pearson entre o inventário de sintomas psicopatológicos (BSI), o inventário de obsessões e compulsões (OCI-R), os cinco fatores da personalidade, a escala do otimismo e as estratégias de *coping*. Neste sentido, todas as dimensões do BSI apresentaram uma correlação positiva com a escala OCI-R (limpeza) e com o neuroticismo do NEO-FFI. Por seu lado, a extroversão, amabilidade e conscienciosidade do NEO-FFI correlacionaram-se de forma negativa com as dimensões do BSI, bem como com o otimismo e as subescalas *coping* ativo, reinterpretação positiva, aceitação, humor e planear do Brief-Cope. Já as subescalas do Brief-Cope negação, desinvestimento comportamental e uso de substâncias apresentaram uma correlação positiva com todas as dimensões do BSI. Por fim, é de realçar a correlação negativa elevada do otimismo com a depressão do BSI ( $r = -0,51$ ).

**Tabela 6***Correlações de Pearson entre BSI e OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope*

| Subescalas  | S             | OC            | SI            | D              | A             | H             | AF            | IP            | P             | ISP           |
|-------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| OCI-R Lim   | 0,21**        | 0,22**        | 0,09**        | 0,15**         | 0,26**        | 0,16**        | 0,40**        | 0,13**        | 0,18**        | 0,23**        |
| NEO-FFI N   | <b>0,50**</b> | <b>0,59**</b> | <b>0,60**</b> | <b>0,68**</b>  | <b>0,61**</b> | <b>0,52**</b> | <b>0,40**</b> | <b>0,52**</b> | <b>0,61**</b> | <b>0,56**</b> |
| NEO-FFI E   | -0,23**       | -0,33**       | -0,36**       | -0,41**        | -0,29**       | -0,26**       | -0,22**       | -0,32**       | -0,36**       | -0,29**       |
| NEO-FFI AE  | 0,02          | 0,01          | -0,02         | -0,01          | 0,02          | -0,02         | 0,03          | 0,05**        | 0,02          | 0,02          |
| NEO-FFI A   | -0,18**       | -0,25**       | -0,33**       | -0,29**        | -0,21**       | -0,36**       | -0,15**       | -0,39**       | -0,34**       | -0,21**       |
| NEO-FFI C   | -0,13**       | -0,33**       | -0,28**       | -0,30**        | -0,19**       | -0,24**       | -0,14**       | -0,19**       | -0,27**       | -0,15**       |
| Otimismo    | -0,29**       | -0,37**       | -0,39**       | <b>-0,51**</b> | -0,38**       | -0,31**       | -0,25**       | -0,35**       | -0,39**       | -0,33**       |
| BC CA       | -0,13**       | -0,17**       | -0,18**       | -0,22**        | -0,15**       | -0,12**       | -0,10**       | -0,14**       | -0,17**       | -0,08**       |
| U. S. Inst. | -0,03         | -0,01         | -0,03         | -0,05*         | 0,02          | 0,01          | 0,03          | 0,05*         | 0,05*         | 0,03          |
| U. S. Em.   | 0,03          | 0,04*         | 0,02          | 0,01           | 0,10**        | 0,05*         | 0,09**        | -0,03         | -0,02         | 0,08**        |
| Religião    | 0,06**        | -0,01         | -0,02         | -0,05**        | -0,04*        | -0,01         | -0,08**       | -0,01         | -0,01         | -0,03         |
| R. Posit.   | -0,18**       | -0,22**       | -0,24**       | -0,31**        | -0,24**       | -0,21**       | -0,15**       | -0,19**       | -0,24**       | -0,17**       |
| Aceitação   | -0,10**       | -0,05*        | -0,08**       | -0,10**        | -0,08**       | -0,07**       | -0,03         | -0,07**       | -0,08**       | -0,02         |
| Ex. Sent.   | 0,08**        | -0,10**       | 0,10**        | 0,10**         | 0,14**        | 0,19**        | 0,08**        | 0,09**        | 0,07**        | 0,16**        |
| Negação     | 0,24**        | 0,23*         | 0,21**        | 0,24**         | 0,24**        | 0,24**        | 0,18**        | 0,26**        | 0,24**        | 0,18**        |
| D. Comp.    | 0,29**        | 0,36**        | 0,37**        | 0,41**         | 0,33**        | 0,33**        | 0,24**        | 0,33**        | 0,38**        | 0,31**        |
| Uso Sub.    | 0,27**        | 0,27**        | 0,25**        | 0,28**         | 0,28**        | 0,28**        | 0,19**        | 0,25**        | 0,32**        | 0,23**        |
| Humor       | -0,14**       | -0,14**       | -0,13**       | -0,18**        | -0,17**       | -0,17**       | -0,10**       | -0,12**       | -0,13**       | -0,12**       |
| Planear     | -0,08**       | -0,06**       | -0,09**       | -0,11**        | -0,05**       | -0,05**       | -0,04         | -0,07**       | -0,09**       | 0,03          |

*Nota.* \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; BSI = Brief Symptom Inventory; OCI-R Lim = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; BC = Brief-Cope; S = Somatização; OC = Obsessões/Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; D = Depressão; A = Ansiedade; H = Hostilidade; AF = Ansiedade Fóbica; IP = Ideação Paranoide; P = Psicoticismo; ISP = Índice de Sintomas Positivos; N = Neuroticismo; E = Extroversão; AE = Abertura à Experiência; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade; CA = *Coping*-Ativo.

Observa-se na Tabela 7 que o otimismo apresentou uma correlação negativa elevada com o neuroticismo do NEO-FFI ( $r = -0,50$ ) e positiva com as restantes dimensões do NEO-FFI (extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade), sendo a correlação com a extroversão elevada ( $r = 0,53$ ). O otimismo apresentou, ainda, uma correlação negativa com algumas dimensões do Brief-Cope (negação, desinvestimento comportamental e uso de substâncias). A subescala limpeza (OCI-R) apenas apresentou correlações estatisticamente significativas negativas com a amabilidade do NEO-FFI e o otimismo. Por fim, o NEO-FFI e o Brief-Cope evidenciaram associações estatisticamente significativas entre si na maioria das dimensões, não apresentando valores significativos apenas entre o neuroticismo e a utilização de suporte instrumental; a abertura à experiência e a religião/uso de substâncias; a amabilidade e expressão de sentimentos; e, por fim, a conscienciosidade e expressão de sentimentos.

**Tabela 7***Correlações de Pearson entre OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope*

|                                    | OCI-R   | Otim.   | NEO-FFI |         |         |         |         |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Subescalas                         | Limpeza | Otim.   | N       | E       | AE      | A       | C       |
| OCI-R Limpeza                      | -       | -0,06** | 0,15**  | 0,01    | -0,02   | -0,06** | 0,06**  |
| Otimismo                           | -0,06** | -       | -0,50** | 0,53**  | 0,13**  | 0,26**  | 0,34**  |
| BC Coping-Ativo                    | 0,03    | 0,37**  | -0,30** | 0,39**  | 0,22**  | 0,24**  | 0,38**  |
| BC Utilização de Suporte Instrum.  | 0,07**  | 0,16**  | -0,03   | 0,21**  | 0,12**  | 0,18**  | 0,08**  |
| BC Utilização de Suporte Emocional | 0,07**  | 0,10**  | 0,08**  | 0,17**  | 0,13**  | 0,20**  | 0,06**  |
| BC Religião                        | 0,07    | 0,14**  | -0,06** | 0,13**  | 0,02    | 0,15**  | 0,13**  |
| BC Reinterpretação Positiva        | -0,02   | 0,49**  | -0,39** | 0,40**  | 0,20**  | 0,27**  | 0,27**  |
| BC Aceitação                       | 0,02    | 0,28**  | -0,16** | 0,22**  | 0,16**  | 0,17**  | 0,18**  |
| BC Expressão de Sentimentos        | 0,06**  | 0,00    | 0,12**  | 0,08**  | 0,10**  | 0,04    | 0,01    |
| BC Negação                         | 0,13**  | -0,13** | 0,22**  | -0,08** | -0,19** | -0,15** | -0,08** |
| BC Desinvestimento Comportamental  | 0,06**  | -0,36** | 0,39**  | -0,32** | -0,13** | -0,25** | -0,30** |
| BC Uso de Substâncias              | 0,04    | -0,20** | 0,22**  | -0,14** | -0,02   | -0,19** | -0,20** |
| BC Humor                           | -0,03   | 0,33**  | -0,25** | 0,35**  | 0,13**  | 0,10**  | 0,10**  |
| BC Planear                         | 0,06    | 0,30**  | -0,17** | 0,27**  | 0,25**  | 0,20**  | 0,26**  |

*Nota.* \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; BC = Brief-Cope; N = Neuroticismo; E = Extroversão; AE = Abertura à Experiência; A = Amabilidade; C = Conscienciosidade.

Para estudar as diferenças nos construtos em função de algumas variáveis sociodemográficas e de saúde, efectuou-se o teste  $t$  de Student para amostras independentes (sexo, prática de quarentena e presença de doenças crónicas) e a ANOVA (idade, habilitações literárias, estado civil e meio de residência, *percepção sobre o impacto da covid-19 no futuro*). Uma vez que os resultados são bastante extensos, optou-se por apresentar os dados referentes às variáveis com diferenças estatisticamente significativas, sendo que as Tabelas completas com todos os resultados apresentam-se no Apêndice C.

Na Tabela 8, é possível constatar que o sexo feminino apresentou pontuações mais elevadas no BSI (ISP, somatização, obsessões/compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade), no OCI-R (limpeza), no NEO-FFI (neuroticismo, amabilidade, conscienciosidade), e no Brief-Cope (utilização de suporte instrumental, utilização de suporte emocional, religião, aceitação, experimentação de sentimentos). Esta diferença é significativa ( $p < 0,05$ ) com um tamanho de efeito que variou entre  $d = 0,12$  e  $d = 0,47$ . Destaque-se ainda que as subescalas uso de substâncias e humor do Brief-Cope obtiveram pontuações mais elevadas no sexo masculino com um  $p < 0,01$  e um tamanho de efeito de  $d = 0,31$  e  $d = 0,21$ , respetivamente.

A variável correspondente à prática de quarentena pelo próprio(a)/familiares apresentou diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) no BSI (ISP, somatização, obsessões/compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, psicoticismo), no OCI-R (limpeza), no neuroticismo e amabilidade (NEO-FFI) e no Brief-Cope (*coping* ativo, aceitação, expressão de sentimentos), evidenciando pontuações mais elevadas quem respondeu afirmativamente, à exceção da amabilidade, com níveis mais elevados

para quem respondeu negativamente. Esta diferença tem um tamanho de efeito que variou entre  $d = 0,08$  e  $d = 0,14$ .

**Tabela 8**

*Análise das diferenças no BSI, OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope em função do sexo e de variáveis de saúde (N = 2402)*

| Escalas   | Sexo                   |      |                        |      |       |        |      |
|---|------------------------|------|------------------------|------|-------|--------|------|
|   | Feminino<br>(n = 2086) |      | Masculino<br>(n = 316) |      | t     | p      | d    |
|   | M                      | DP   | M                      | DP   |       |        |      |
| <b>BSI ISP</b>  | <b>1,76</b>            | 0,61 | 1,59                   | 0,57 | 4,84  | <0,001 | 0,28 |
| <b>BSI Somatização</b>                                      | <b>0,72</b>            | 0,83 | 0,43                   | 0,63 | 7,35  | <0,001 | 0,36 |
| <b>BSI Obsessões/Compulsões</b>                             | <b>1,19</b>            | 0,90 | 1,00                   | 0,82 | 3,85  | <0,001 | 0,21 |
| <b>BSI Sensibilidade Interpessoal</b>                       | <b>0,88</b>            | 0,91 | 0,75                   | 0,83 | 2,40  | 0,02   | 0,14 |
| <b>BSI Depressão</b>  | <b>1,02</b>            | 0,89 | 0,85                   | 0,87 | 3,08  | <0,001 | 0,19 |
| <b>BSI Ansiedade</b>  | <b>1,15</b>            | 0,91 | 0,80                   | 0,83 | 6,96  | <0,001 | 0,39 |
| <b>BSI Ansiedade Fóbica</b>                                 | <b>0,84</b>            | 0,94 | 0,53                   | 0,75 | 6,70  | <0,001 | 0,34 |
| <b>OCI-R Limpeza</b>  | <b>4,37</b>            | 3,19 | 3,75                   | 3,11 | 3,24  | <0,001 | 0,19 |
| <b>NEO-FFI Neuroticismo <sup>a</sup></b>                    | <b>25,48</b>           | 8,96 | 22,16                  | 9,09 | 5,95  | <0,001 | 0,37 |
| <b>NEO-FFI Amabilidade</b>                                  | <b>33,73</b>           | 5,39 | 31,63                  | 5,85 | 6,19  | <0,001 | 0,39 |
| <b>NEO-FFI Conscienciosidade <sup>a</sup></b>               | <b>35,52</b>           | 6,58 | 33,94                  | 6,45 | 3,88  | <0,001 | 0,24 |
| <b>BC Utilização de Suporte Instrumental</b>                | <b>3,24</b>            | 1,63 | 2,94                   | 1,54 | 3,12  | <0,001 | 0,19 |
| <b>BC Utilização de Suporte Emocional</b>                   | <b>3,42</b>            | 1,63 | 2,66                   | 1,62 | 7,74  | <0,001 | 0,47 |
| <b>BC Religião</b>  | <b>1,95</b>            | 1,90 | 1,48                   | 1,88 | 4,09  | <0,001 | 0,25 |
| <b>BC Aceitação</b>   | <b>3,99</b>            | 1,32 | 3,83                   | 1,30 | 2,12  | 0,03   | 0,12 |
| <b>BC Expressão de Sentimentos</b>                          | <b>3,28</b>            | 1,53 | 2,85                   | 1,50 | 4,58  | <0,001 | 0,28 |
| <b>BC Uso de Substâncias</b>                                | 0,32                   | 0,90 | <b>0,62</b>            | 1,30 | -3,95 | <0,001 | 0,31 |
| <b>BC Humor</b>   | 2,86                   | 1,64 | <b>3,21</b>            | 1,63 | -3,55 | <0,001 | 0,21 |
| <b>A pessoa ou alguém da sua família está de quarentena</b> |                        |      |                        |      |       |        |      |
|   | Não (n = 1396)         |      | Sim (n = 1006)         |      | t     | p      | d    |
|   | M                      | DP   | M                      | DP   |       |        |      |
| <b>BSI ISP</b>  | 1,71                   | 0,58 | <b>1,77</b>            | 0,64 | -2,41 | 0,02   | 0,10 |
| <b>BSI Somatização</b>                                      | 0,65                   | 0,78 | <b>0,72</b>            | 0,85 | -2,15 | 0,03   | 0,09 |
| <b>BSI Obsessões/Compulsões</b>                             | 1,13                   | 0,85 | <b>1,22</b>            | 0,95 | -2,41 | 0,02   | 0,10 |
| <b>BSI Sensibilidade Interpessoal</b>                       | 0,82                   | 0,87 | <b>0,91</b>            | 0,95 | -2,22 | 0,03   | 0,10 |
| <b>BSI Depressão</b>  | 0,95                   | 0,84 | <b>1,06</b>            | 0,94 | -2,94 | <0,001 | 0,12 |
| <b>BSI Hostilidade</b>                                      | 0,82                   | 0,71 | <b>0,89</b>            | 0,79 | -2,21 | 0,03   | 0,09 |
| <b>BSI Psicoticismo</b>                                     | 0,70                   | 0,72 | <b>0,77</b>            | 0,78 | -2,21 | 0,03   | 0,09 |
| <b>OCI-R Limpeza</b>  | 4,17                   | 3,15 | <b>4,46</b>            | 3,23 | -2,21 | 0,03   | 0,09 |
| <b>NEO-FFI Neuroticismo <sup>a</sup></b>                    | 24,51                  | 8,83 | <b>25,79</b>           | 9,30 | -3,34 | <0,001 | 0,14 |
| <b>NEO-FFI Amabilidade <sup>a</sup></b>                     | <b>33,65</b>           | 5,38 | 33,18                  | 5,64 | 2,01  | 0,04   | 0,08 |
| <b>BC Coping-Avito</b>                                      | 4,16                   | 1,27 | <b>4,27</b>            | 1,26 | -2,06 | 0,04   | 0,09 |
| <b>BC Aceitação</b>   | 3,92                   | 1,30 | <b>4,05</b>            | 1,35 | -2,49 | 0,01   | 0,10 |
| <b>BC Expressão de sentimentos</b>                          | 3,17                   | 1,48 | <b>3,30</b>            | 1,61 | -2,05 | 0,01   | 0,08 |

Nota. n = número de sujeitos que responderam; M = média; DP = desvio padrão; t = teste t de student; p = valor de significância; d = d de Cohen; BSI = Brief Symptom Inventory; ISP = Índice de sintomas positivos; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; BC = Brief-Cope; <sup>a</sup> = n diferente por alguns dos inquiridos não responderem.

No que concerne ao fator de risco presença de doenças crónicas (Tabela 9), houve diferenças estatisticamente significativas em algumas dimensões do NEO-FFI e Brief-Cope, sendo que quem tem doenças crónicas evidenciou pontuações mais elevadas em todas as dimensões do BSI, na limpeza (OCI-R) e na religião e negação do Brief-Cope, e quem não tem doenças crónicas obteve valores mais elevados na amabilidade (NEO-FFI), com um tamanho de efeito entre  $d = 0,11$  e  $d = 0,30$ .

**Tabela 9**

*Análise das diferenças no BSI, OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope em função do fator de risco da covid-19, doenças crónicas (N = 2402)*

|   | Doenças crónicas (fator de risco para a covid-19) |      |               |      |       |        |      |
|---|---|------|---------------|------|-------|--------|------|
|   | Não (n = 1659)                                    |      | Sim (n = 743) |      | t     | p      | d    |
|   | M   | DP   | M             | DP   |       |        |      |
| <b>BSI</b> ISP                          | 1,71  | 0,58 | <b>1,81</b>   | 0,66 | -3,57 | <0,001 | 0,17 |
| <b>BSI</b> Somatização                  | 0,61  | 0,76 | <b>0,85</b>   | 0,90 | -6,32 | <0,001 | 0,30 |
| <b>BSI</b> Obsessões/Compulsões         | 1,13  | 0,86 | <b>1,25</b>   | 0,96 | -3,10 | <0,001 | 0,13 |
| <b>BSI</b> Sensibilidade Interpessoal   | 0,82  | 0,87 | <b>0,94</b>   | 0,97 | -2,94 | <0,001 | 0,13 |
| <b>BSI</b> Depressão                    | 0,96  | 0,86 | <b>1,06</b>   | 0,94 | -2,38 | 0,02   | 0,11 |
| <b>BSI</b> Ansiedade                    | 1,05  | 0,86 | <b>1,23</b>   | 0,99 | -4,30 | <0,001 | 0,20 |
| <b>BSI</b> Hostilidade                  | 0,82  | 0,73 | <b>0,92</b>   | 0,76 | -3,06 | <0,001 | 0,14 |
| <b>BSI</b> Ansiedade Fóbica             | 0,75  | 0,89 | <b>0,92</b>   | 0,97 | -4,19 | <0,001 | 0,19 |
| <b>BSI</b> Ideação Paranóide            | 0,95  | 0,83 | <b>1,08</b>   | 0,89 | -3,60 | <0,001 | 0,15 |
| <b>BSI</b> Psicoticismo                 | 0,70  | 0,72 | <b>0,79</b>   | 0,81 | -2,45 | 0,01   | 0,12 |
| <b>OCI-R</b> Limpeza                    | 4,12  | 3,20 | <b>4,67</b>   | 3,12 | -3,89 | <0,001 | 0,17 |
| <b>NEO-FFI</b> Amabilidade <sup>a</sup> | <b>33,71</b>                                      | 5,45 | 32,88         | 5,57 | 3,32  | <0,001 | 0,15 |
| <b>BC</b> Religião                      | 1,82  | 1,87 | <b>2,04</b>   | 1,97 | -2,63 | 0,01   | 0,12 |
| <b>BC</b> Negação                       | 1,22  | 1,36 | <b>1,40</b>   | 1,50 | -2,80 | 0,01   | 0,13 |

Nota. n = número de sujeitos que responderam; M = média; DP = desvio padrão; t = teste t de student; p = valor de significância; d = d de Cohen; BSI = Brief Symptom Inventory; ISP = Índice de sintomas positivos; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; BC = Brief-Cope; <sup>a</sup> = n diferente por alguns dos inquiridos não responderem.

Como se pode observar na Tabela 10, a faixa etária apresentou diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,017$ , após o ajustamento de Benferroni) no índice de sintomas positivos e em algumas subescalas do BSI, assim como na limpeza (OCI-R), em algumas dimensões do NEO-FFI e do Brief-Cope. Segundo o teste de *Post-Hoc* de Tukey, o grupo de 18-24 anos de idade apresentou maior sintomatologia psicopatológica do que as restantes faixas etárias.

A variável estado civil apresentou diferenças no BSI, em todas as subescalas do NEO-FFI e em algumas dimensões do Brief-Cope. Pelo teste *Post-Hoc* de Tukey podemos averiguar que os inquiridos solteiros apresentaram maior sintomatologia psicopatológica e neuroticismo, comparativamente com o grupo dos casados. Em contrapartida, os casados apresentaram maior extroversão, amabilidade e conscienciosidade do que os solteiros. Do mesmo modo, o grupo dos separados/viúvos realçou níveis mais elevados de religião e reinterpretação positiva do que os solteiros, assim como maiores níveis de abertura à experiência do que os solteiros e casados.

**Tabela 10**

*Análise das diferenças do BSI, OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope em função da idade e estado civil (N = 2402)*

| Escalas                      | Idade      |      |            |      |                  |      |       |        |          |
|------------------------------|------------|------|------------|------|------------------|------|-------|--------|----------|
|                              | 18-24 (1)  |      | 25-20 (2)  |      | >50 (3)          |      | F     | P      | Post-Hoc |
|                              | (n = 431)  |      | (n = 1658) |      | (n = 312)        |      |       |        |          |
|                              | M          | DP   | M          | DP   | M                | DP   |       |        |          |
| BSI ISP <sup>a</sup>         | 1,86       | 0,67 | 1,73       | 0,60 | 1,57             | 0,53 | 21,17 | <0,001 | 1>2,3    |
| BSI OC                       | 1,27       | 0,92 | 1,15       | 0,90 | 1,08             | 0,82 | 4,32  | 0,01   | 1>2,3    |
| BSI SI                       | 0,99       | 1,04 | 0,84       | 0,88 | 0,80             | 0,80 | 5,41  | 0,01   | 1>2,3    |
| BSI Depressão                | 1,12       | 0,96 | 0,98       | 0,88 | 0,88             | 0,78 | 7,50  | <0,001 | 1>2,3    |
| BSI Ansiedade                | 1,12       | 0,94 | 1,13       | 0,92 | 0,95             | 0,76 | 5,30  | 0,01   | 1,2>3    |
| BSI Hostilidade              | 0,95       | 0,84 | 0,86       | 0,74 | 0,70             | 0,65 | 10,10 | <0,001 | 1,2>3    |
| BSI AF                       | 0,82       | 0,91 | 0,83       | 0,95 | 0,63             | 0,74 | 6,36  | <0,001 | 1,2>3    |
| BSI Psicoticismo             | 0,83       | 0,83 | 0,72       | 0,74 | 0,61             | 0,64 | 8,10  | <0,001 | 1>2,3    |
| OCI-R Limpeza                | 4,43       | 3,21 | 4,38       | 3,22 | 3,64             | 2,85 | 7,49  | <0,001 | 1,2>3    |
| NEO-FFI Neurot. <sup>a</sup> | 28,04      | 8,87 | 24,86      | 9,02 | 21,99            | 8,15 | 41,33 | <0,001 | 1>2,3    |
| NEO-FFI AE                   | 28,67      | 6,60 | 29,70      | 6,16 | 30,26            | 5,37 | 7,02  | <0,001 | 2,3>1    |
| NEO-FFI Amabil. <sup>a</sup> | 32,44      | 6,10 | 33,58      | 5,37 | 34,18            | 5,08 | 9,94  | <0,001 | 2,3>1    |
| NEO-FFI Consc. <sup>a</sup>  | 34,10      | 6,90 | 35,53      | 6,54 | 35,31            | 6,25 | 8,67  | <0,001 | 2,3>1    |
| BC Coping-Ativo              | 4,02       | 1,32 | 4,26       | 1,25 | 4,19             | 1,24 | 6,39  | <0,001 | 2>1      |
| BC USE                       | 3,45       | 1,66 | 3,36       | 1,65 | 2,95             | 1,58 | 9,72  | <0,001 | 1,2>3    |
| BC Religião                  | 1,27       | 1,66 | 1,95       | 1,91 | 2,43             | 1,97 | 37,60 | <0,001 | 3>1,2    |
| BC RP                        | 3,64       | 1,55 | 3,91       | 1,48 | 4,06             | 1,43 | 8,32  | <0,001 | 2,3>1    |
| BC ES                        | 3,16       | 1,61 | 3,29       | 1,52 | 2,94             | 1,49 | 7,16  | <0,001 | 2>3      |
| BC Negação                   | 1,18       | 1,38 | 1,24       | 1,37 | 1,62             | 1,56 | 10,94 | <0,001 | 3>1,2    |
| BC DC                        | 1,06       | 1,32 | 0,89       | 1,19 | 0,81             | 1,15 | 4,69  | <0,001 | 1>2,3    |
| Estado Civil                 |            |      |            |      |                  |      |       |        |          |
|                              | Solteiros  |      | Casados/UF |      | Separados/Viúvos |      | F     | p      | Post-Hoc |
|                              | (n = 1028) |      | (n = 1151) |      | (n = 223)        |      |       |        |          |
|                              | M          | DP   | M          | DP   | M                | DP   |       |        |          |
| BSI ISP <sup>a</sup>         | 1,80       | 0,63 | 1,68       | 0,58 | 1,73             | 0,61 | 10,83 | <0,001 | 1>2      |
| BSI OC                       | 1,22       | 0,92 | 1,11       | 0,88 | 1,17             | 0,86 | 4,39  | 0,01   | 1>2      |
| BSI SI                       | 0,91       | 0,95 | 0,80       | 0,86 | 0,90             | 0,85 | 4,33  | 0,01   | 1>2      |
| BSI Depressão                | 1,09       | 0,92 | 0,90       | 0,85 | 1,03             | 0,85 | 12,08 | <0,001 | 1>2      |
| BSI Psicoticismo             | 0,80       | 0,78 | 0,66       | 0,71 | 0,76             | 0,72 | 9,00  | <0,001 | 1>2      |
| NEO-FFI Neurot. <sup>a</sup> | 26,75      | 8,95 | 23,73      | 8,98 | 23,99            | 8,60 | 31,15 | <0,001 | 1>2,3    |
| NEO-FFI Extrov. <sup>a</sup> | 28,72      | 6,65 | 30,14      | 6,72 | 29,39            | 6,80 | 11,71 | <0,001 | 2>1      |
| NEO-FFI AE                   | 29,49      | 6,32 | 29,38      | 6,12 | 31,10            | 5,40 | 7,55  | <0,001 | 3>1,2    |
| NRO-FFI Amabil.              | 32,81      | 5,79 | 34,01      | 5,17 | 33,51            | 5,44 | 12,48 | <0,001 | 2>1      |
| NEO-FFI Consc. <sup>a</sup>  | 34,55      | 6,73 | 36,03      | 6,26 | 35,16            | 7,16 | 13,21 | <0,001 | 2>1      |
| BC Religião                  | 1,56       | 1,82 | 2,10       | 1,92 | 2,30             | 1,95 | 28,45 | <0,001 | 2,3>1    |
| BC RP                        | 3,76       | 1,50 | 3,96       | 1,48 | 4,04             | 1,48 | 5,82  | <0,001 | 2,3>1    |

Nota. N = Número de sujeitos que responderam; M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; UF = União de Facto; ISP = Índice de Sintomas Positivos; OC = Obsessões/Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; AF = Ansiedade Fóbica; AE = Abertura à Experiência; USE = Utilização de Suporte Emocional; ES = Expressão de Sentimentos; RP = Reinterpretação Positiva; DC = Desinvestimento Compotamental; BSI = Brief Symptom Inventory; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; <sup>a</sup> = n diferente por alguns dos inquiridos não responderem.

Como se verifica na Tabela 11, a variável meio de residência apresentou diferenças estatisticamente significativas em algumas subescalas do BSI, do NEO-FFI e do Brief-Cope, assim como na limpeza (OCI-R). No teste *Post-Hoc* de Tukey foi possível averiguar que quem vive numa vila apresentou mais somatização e obsessões, compulsões por limpeza do que quem vive numa cidade. Quem vive numa cidade apresentou níveis mais elevados de abertura à experiência do que os restantes grupos, e apresentou maior utilização de suporte instrumental e emocional do que quem vive numa aldeia e, em contrapartida, o grupo de inquiridos que vive numa aldeia apresentou maior expressão de sentimentos comparativamente com quem vive numa cidade.

No que concerne às habilitações literárias, houve diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas e índice de sintomas positivos do BSI, na limpeza (OCI-R), em algumas dimensões do NEO-FFI e do Brief-Cope, assim como no otimismo. Segundo os testes *Post-Hoc* de Tukey, os sujeitos com o ensino secundário, comparativamente aos com ensino superior apresentaram maior sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão pela limpeza, neuroticismo, desinvestimento comportamental e uso de substâncias. Em contrapartida, quem tem o ensino superior apresentou maior otimismo,  *coping*-ativo, expressão de sentimentos e planeamento do que quem tem o ensino secundário, bem como níveis mais elevados de amabilidade, utilização de suporte instrumental e emocional, comparativamente com os restantes grupos de escolaridade. Por fim, o grupo com o ensino básico evidenciou maior negação e religião do que os restantes grupos.

**Tabela 11**

*Análise das diferenças do BSI, OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope em função do meio de residência e habilitações literárias (N = 2402)*

| Meio de Residência                  |                   |      |                      |      |                     |      |       |        |          |
|-------------------------------------|-------------------|------|----------------------|------|---------------------|------|-------|--------|----------|
|                                     | Cidade (n = 1373) |      | Vila (n = 546)       |      | Aldeia (n = 483)    |      |       |        |          |
|                                     | M                 | DP   | M                    | DP   | M                   | DP   | F     | p      | Post-Hoc |
| <b>BSI</b> Somatização              | 0,64              | 0,79 | <b>0,76</b>          | 0,83 | 0,71                | 0,85 | 4,62  | 0,01   | 2>1      |
| <b>OCI-R</b> Limpeza                | 4,13              | 3,20 | <b>4,64</b>          | 3,21 | 4,35                | 3,08 | 5,06  | 0,01   | 2>1      |
| <b>NEO-FFI</b> AE                   | <b>30,18</b>      | 6,18 | 29,15                | 6,08 | 18,38               | 5,98 | 17,31 | <0,001 | 1>2,3    |
| <b>BC</b> USI                       | <b>3,31</b>       | 1,63 | 3,14                 | 1,57 | 2,98                | 1,63 | 7,83  | <0,001 | 1>3      |
| <b>BC</b> USE                       | <b>3,41</b>       | 1,67 | 3,30                 | 1,62 | 3,11                | 1,61 | 5,73  | <0,001 | 1>3      |
| <b>BC</b> ES                        | <b>3,31</b>       | 1,53 | 3,18                 | 1,54 | 3,02                | 1,53 | 6,66  | <0,001 | 3>1      |
| <b>BC</b> Planear                   | <b>4,38</b>       | 1,22 | 4,28                 | 1,30 | 4,13                | 1,28 | 7,22  | <0,001 | 1>3      |
| Habilitações Literárias             |                   |      |                      |      |                     |      |       |        |          |
|                                     | Básico (n = 93)   |      | Secundário (n = 584) |      | Superior (n = 1725) |      |       |        |          |
|                                     | M                 | DP   | M                    | DP   | M                   | DP   | F     | p      | Post-Hoc |
| <b>BSI</b> ISP <sup>a</sup>         | <b>1,81</b>       | 0,73 | 1,80                 | 0,67 | 1,71                | 0,60 | 4,63  | 0,01   | 2>3      |
| <b>BSI</b> Somatização              | <b>0,90</b>       | 0,95 | 0,86                 | 0,89 | 0,61                | 0,76 | 25,86 | <0,001 | 1>3/2>3  |
| <b>BSI</b> OC                       | 1,25              | 1,01 | <b>1,28</b>          | 0,91 | 1,12                | 0,88 | 6,80  | 0,01   | 2>3      |
| <b>BSI</b> SI                       | 0,99              | 0,97 | <b>1,01</b>          | 0,97 | 0,80                | 0,87 | 12,95 | <0,001 | 2>3      |
| <b>BSI</b> Depressão                | <b>1,17</b>       | 1,05 | 1,13                 | 0,95 | 0,94                | 0,85 | 11,58 | <0,001 | 2>3/1>3  |
| <b>BSI</b> Ansiedade                | <b>1,26</b>       | 1,09 | 1,24                 | 0,98 | 1,06                | 0,86 | 10,04 | <0,001 | 2>3      |
| <b>BSI</b> Hostilidade              | <b>1,03</b>       | 0,93 | 0,97                 | 0,82 | 0,80                | 0,70 | 13,12 | <0,001 | 1>3/2>3  |
| <b>BSI</b> AF                       | 0,86              | 0,94 | <b>0,93</b>          | 0,97 | 0,76                | 0,90 | 7,41  | 0,01   | 2>3      |
| <b>BSI</b> IP                       | <b>1,32</b>       | 0,85 | 1,16                 | 0,88 | 0,91                | 0,83 | 25,88 | <0,001 | 1>3/2>3  |
| <b>BSI</b> Psicoticismo             | 0,88              | 0,89 | <b>0,90</b>          | 0,83 | 0,66                | 0,69 | 23,61 | <0,001 | 2>3/1>3  |
| <b>OCI-R</b> Limpeza                | <b>4,87</b>       | 3,51 | 4,68                 | 3,07 | 4,13                | 3,19 | 8,24  | <0,001 | 2>3      |
| <b>NEO-FFI</b> Neurot. <sup>a</sup> | 24,61             | 9,72 | <b>26,27</b>         | 9,13 | 24,65               | 8,95 | 6,75  | <0,001 | 2>3      |
| <b>NEO-FFI</b> AE                   | 26,45             | 5,25 | 28,79                | 5,98 | <b>30,02</b>        | 6,20 | 21,67 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>NEO-FFI</b> Amabil. <sup>a</sup> | 32,33             | 6,23 | 32,63                | 5,63 | <b>33,79</b>        | 5,37 | 11,35 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>Otimismo</b>                     | 14,47             | 3,63 | 14,42                | 3,47 | <b>15,05</b>        | 3,41 | 6,77  | <0,001 | 3>2      |
| <b>BC</b> Coping-Ativo              | <b>4,30</b>       | 1,38 | 4,07                 | 1,30 | 4,25                | 1,24 | 4,94  | 0,01   | 3>2      |
| <b>BC</b> USI                       | 2,61              | 1,61 | 3,05                 | 1,61 | <b>3,29</b>         | 1,61 | 11,28 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>BC</b> USE                       | 2,66              | 1,54 | 3,13                 | 1,65 | <b>3,43</b>         | 1,64 | 15,33 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>BC</b> Religião                  | <b>2,57</b>       | 2,10 | 1,87                 | 1,86 | 1,86                | 1,90 | 6,25  | <0,001 | 1>2,3    |
| <b>BC</b> ES                        | 2,98              | 1,51 | 3,09                 | 1,57 | <b>3,28</b>         | 1,52 | 4,34  | 0,01   | 3>2      |
| <b>BC</b> Negação                   | <b>2,05</b>       | 1,58 | 1,53                 | 1,43 | 1,15                | 1,36 | 31,24 | <0,001 | 1>2,3    |
| <b>BC</b> DC                        | 0,97              | 1,46 | <b>1,08</b>          | 1,30 | 0,85                | 1,16 | 7,95  | <0,001 | 2>3      |
| <b>BC</b> US                        | <b>0,51</b>       | 1,20 | 0,49                 | 1,18 | 0,31                | 0,87 | 8,60  | <0,001 | 2>3      |
| <b>BC</b> Planear                   | 4,26              | 1,38 | 4,13                 | 1,33 | <b>4,36</b>         | 1,21 | 7,56  | 0,01   | 3>2      |

Nota. N = Número de sujeitos que responderam; M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; ISP = Índice de Sintomas Positivos; OC = Obsessões/Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; AF = Ansiedade Fóbica; IP = Ideação Paranóide; AE = Abertura à Experiência; USI = Utilização de Suporte Instrumental; USE = Utilização de Suporte Emocional; ES = Expressão de Sentimentos; DC = Desinvestimento Compotamental; US = Uso de Substâncias; BSI = Brief Symptom Inventory; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; <sup>a</sup> = n diferente por alguns dos inquiridos não responderem.

A fim de averiguar as diferenças nas variáveis em estudo em função da perceção sobre o impacto da covid-19 no futuro, elaborou-se a ANOVA (Tabela 12 e 13). No que respeita à afirmação “tenho medo do desconhecido e do que pode acontecer no futuro”, os fatores de personalidade neuroticismo e abertura à experiência mostraram diferenças estatisticamente significativas, assim como o ISP do BSI, limpeza do OCI-R, otimismo e algumas dimensões do Brief-Cope. Neste sentido, os testes *Post-Hoc* de Tukey indicaram que os sujeitos que responderam verdadeiro apresentaram maior neuroticismo do que os restantes grupos e os que responderam falso exibiram maior abertura à experiência, diferenciando-se dos que responderam verdadeiro. Na segunda afirmação “considero que a covid-19 vai mudar a minha vida”, houve diferenças no neuroticismo e, segundo os



testes *Post-Hoc* de Tukey, quem respondeu verdadeiro apresentou maior neuroticismo do que os outros dois grupos.

Entre estes três grupos de respostas, os sujeitos que têm medo do desconhecido e do que pode acontecer no futuro e que consideram que a sua vida vai mudar após a covid-19, evidenciaram mais sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão pela limpeza, utilização de suporte emocional e negação comparativamente aos restantes sujeitos. Em contrapartida, quem afirmou não ter medo do desconhecido e do que pode acontecer no futuro, bem como os que consideram que a covid-19 não vai mudar a sua vida, apresentaram maiores níveis de otimismo.

**Tabela 12**

*Análise das diferenças do BSI, OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope em função da percepção sobre o impacto da covid-19 no futuro (N = 2402)*

| <b>Tenho medo do desconhecido e do que pode acontecer no futuro</b> |                    |           |                          |           |                          |           |          |          |                 |
|---|--------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------|----------|-----------------|
|   | Falso<br>(n = 276) |           | Nem F nem V<br>(n = 245) |           | Verdadeiro<br>(n = 1881) |           |          |          |                 |
|   | <i>M</i>           | <i>DP</i> | <i>M</i>                 | <i>DP</i> | <i>M</i>                 | <i>DP</i> | <i>F</i> | <i>p</i> | <i>Post-Hoc</i> |
| <b>BSI ISP<sup>a</sup></b>  | 1,50               | 0,45      | 1,56                     | 0,55      | <b>1,79</b>              | 0,62      | 40,10    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>OCI-R Limpeza</b>  | 2,68               | 265       | 3,57                     | 2,76      | <b>4,62</b>              | 3,22      | 54,19    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>NEO-FFI Neurot.<sup>a</sup></b>                                  | 19,83              | 8,65      | 23,07                    | 8,33      | <b>26,07</b>             | 8,89      | 63,97    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>NEO-FFI AE</b>   | <b>30,99</b>       | 6,25      | 29,76                    | 5,84      | 29,36                    | 6,16      | 8,63     | <0,001   | 1>3             |
| <b>Otimismo</b>   | <b>16,47</b>       | 2,96      | 15,43                    | 3,24      | 14,57                    | 3,46      | 33,93    | <0,001   | 1>2,3           |
| <b>BC USE</b>   | 2,84               | 1,64      | 2,93                     | 1,55      | <b>3,44</b>              | 1,64      | 24,27    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>BC RP</b>  | <b>4,32</b>        | 1,52      | 3,96                     | 1,35      | 3,81                     | 1,49      | 14,45    | <0,001   | 1>2,3           |
| <b>BC ES</b>  | 2,89               | 1,58      | 2,91                     | 1,43      | <b>3,31</b>              | 1,53      | 15,09    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>BC Negação</b>   | 0,80               | 1,15      | 1,24                     | 1,42      | <b>1,35</b>              | 1,43      | 18,81    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>BC DC</b>  | 0,66               | 1,09      | 0,93                     | 1,12      | <b>0,95</b>              | 1,24      | 6,93     | <0,001   | 2>1/3>1         |
| <b>BC Humor</b>   | <b>3,20</b>        | 1,53      | 3,14                     | 1,59      | 2,83                     | 1,66      | 9,04     | <0,001   | 1>2,3           |
| <b>Considero que a covid-19 vai mudar a minha vida</b>              |                    |           |                          |           |                          |           |          |          |                 |
|   | Falso<br>(n = 276) |           | Nem F nem V<br>(n = 245) |           | Verdadeiro<br>(n = 1881) |           |          |          |                 |
|   | <i>M</i>           | <i>DP</i> | <i>M</i>                 | <i>DP</i> | <i>M</i>                 | <i>DP</i> | <i>F</i> | <i>p</i> | <i>Post-Hoc</i> |
| <b>BSI ISP<sup>a</sup></b>  | 1,54               | 0,55      | 1,60                     | 0,55      | <b>1,78</b>              | 0,62      | 18,82    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>OCI-R Limpeza</b>  | 3,28               | 2,86      | 3,62                     | 2,83      | <b>4,59</b>              | 3,26      | 28,41    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>NEO-FFI Neurot.<sup>a</sup></b>                                  | 22,03              | 9,56      | 23,71                    | 8,54      | <b>25,74</b>             | 9,01      | 20,57    | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>Otimismo</b>   | <b>15,88</b>       | 3,59      | 15,27                    | 3,17      | 14,65                    | 3,47      | 12,79    | <0,001   | 1>2,3           |
| <b>BC USI</b>   | 2,86               | 1,75      | 3,10                     | 1,60      | <b>3,27</b>              | 1,60      | 6,88     | <0,001   | 3>1             |
| <b>BC USE</b>   | 2,98               | 1,76      | 3,19                     | 1,68      | <b>3,40</b>              | 1,62      | 7,61     | <0,001   | 3>1             |
| <b>BC ES</b>  | 2,88               | 1,63      | <b>3,06</b>              | 1,55      | 1,30                     | 1,51      | 9,90     | <0,001   | 2>1,3           |
| <b>BC Negação</b>   | 1,03               | 1,32      | 1,14                     | 1,29      | <b>1,34</b>              | 1,44      | 7,31     | <0,001   | 3>1,2           |
| <b>BC Planear</b>   | 4,20               | 1,31      | 4,17                     | 1,23      | <b>4,35</b>              | 1,25      | 4,44     | 0,01     | 3>2             |

*Nota.* N = Número de sujeitos que responderam; M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; ISP = Índice de Sintomas Positivos; OC = Obsessões/Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; AF = Ansiedade Fóbica; IP = Ideação Paranoide; AE = Abertura à Experiência; USI = Utilização de Suporte Instrumental; USE = Utilização de Suporte Emocional; ES = Expressão de Sentimentos; DC = Desinvestimento Compotamental; US = Uso de Substâncias; BSI = Brief Symptom Inventory; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; <sup>a</sup> = n diferente por alguns dos inquiridos não responderem.

Quando analisadas as diferenças nos construtos em função do “medo de ser contagiado pela covid-19”, os fatores de personalidade neuroticismo e abertura à experiência apresentaram diferenças estatisticamente significativas e, segundo os testes *Post-Hoc* de Tukey, quem respondeu verdadeiro apresentou maior neuroticismo do que os restantes grupos e quem respondeu falso exibiu uma maior abertura à experiência em comparação com quem respondeu verdadeiro. Os inquiridos que apresentam medo de ser

contagiados exibem maior sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão pela limpeza, utilização de suporte instrumental e emocional, expressão de sentimentos e negação e, ao contrário, o otimismo é mais prevalente nos sujeitos que não apresentam receio de ser contagiados pela covid-19.

Já no que respeita à afirmação “a minha atividade profissional sofreu/vai sofrer impacto”, o neuroticismo foi o único fator de personalidade com diferenças estatisticamente significativas, assim como algumas dimensões do Brief-Cope, destacando-se no teste de *Post-Hoc* de Tukey que quem respondeu verdadeiro apresentou níveis mais elevados do que quem respondeu falso (Tabela 13).

**Tabela 13**

*Análise das diferenças do BSI, OCI-R, NEO-FFI, Otimismo e Brief-Cope em função da percepção sobre o impacto da covid-19 no futuro (N = 2402)*

| Tenho medo de ser contagiado com a covid-19              |                    |      |                          |      |                          |      |       |        |          |
|--|--------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|-------|--------|----------|
|  | Falso<br>(n = 276) |      | Nem F nem V<br>(n = 245) |      | Verdadeiro<br>(n = 1881) |      |       |        |          |
|  | M                  | DP   | M                        | DP   | M                        | DP   | F     | p      | Post-Hoc |
| <b>BSI ISP</b> <sup>a</sup>                              | 1,64               | 0,57 | 1,55                     | 0,48 | <b>1,78</b>              | 0,63 | 23,78 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>OCI-R</b> Limpeza                                     | 2,53               | 2,61 | 3,31                     | 2,82 | <b>4,71</b>              | 3,20 | 73,75 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>NEO-FFI</b> Neurot. <sup>a</sup>                      | 22,14              | 9,97 | 22,62                    | 8,02 | <b>25,89</b>             | 8,93 | 32,16 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>NEO-FFI</b> AE  | <b>30,75</b>       | 6,65 | 30,17                    | 6,12 | 29,32                    | 6,08 | 7,63  | <0,001 | 1>3      |
| <b>Otimismo</b>  | <b>15,42</b>       | 3,44 | 15,40                    | 3,15 | 14,71                    | 3,48 | 7,49  | <0,001 | 1>3/2>3  |
| <b>BC</b> USI  | 2,93               | 1,59 | 3,10                     | 1,54 | <b>3,26</b>              | 1,63 | 5,37  | 0,01   | 3>1      |
| <b>BC</b> USE  | 2,85               | 1,63 | 3,13                     | 1,67 | <b>3,42</b>              | 1,63 | 15,84 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>BC</b> RP   | <b>4,12</b>        | 1,59 | 3,99                     | 1,40 | 3,83                     | 1,49 | 5,16  | 0,01   | 1>3      |
| <b>BC</b> ES   | 2,91               | 1,60 | 2,99                     | 1,58 | <b>3,31</b>              | 1,51 | 11,85 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>BC</b> Negação  | 1,00               | 1,34 | 1,07                     | 1,31 | <b>1,35</b>              | 1,43 | 11,10 | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>BC</b> Humor  | 3,03               | 1,68 | <b>3,17</b>              | 1,53 | 2,84                     | 1,65 | 6,78  | <0,001 | 2>3      |
| A minha atividade profissional sofreu/vai sofrer impacto |                    |      |                          |      |                          |      |       |        |          |
|  | Falso<br>(n = 276) |      | Nem F nem V<br>(n = 245) |      | Verdadeiro<br>(n = 1881) |      |       |        |          |
|  | M                  | DP   | M                        | DP   | M                        | DP   | F     | p      | Post-Hoc |
| <b>NEO-FFI</b> Neurot. <sup>a</sup>                      | 23,27              | 9,12 | 24,90                    | 8,83 | <b>25,32</b>             | 9,04 | 5,70  | <0,001 | 3>1      |
| <b>BC</b> Coping-Ativo                                   | 4,04               | 1,29 | 4,05                     | 1,19 | <b>4,25</b>              | 1,27 | 5,91  | <0,001 | 3>1,2    |
| <b>BC</b> USI  | 2,84               | 1,69 | 3,19                     | 1,53 | <b>3,26</b>              | 1,62 | 7,55  | <0,001 | 3,2>1    |
| <b>BC</b> USE  | 2,91               | 1,65 | 3,42                     | 1,62 | <b>3,37</b>              | 1,65 | 9,50  | <0,001 | 3,2>1    |
| <b>BC</b> ES   | 2,90               | 1,60 | 3,16                     | 1,47 | <b>3,28</b>              | 1,53 | 7,29  | <0,001 | 3>1      |

*Nota.* N = Número de sujeitos que responderam; M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; ISP = Índice de Sintomas Positivos; OC = Obsessões/Compulsões; SI = Sensibilidade Interpessoal; AF = Ansiedade Fóbica; IP = Ideação Paranoide; AE = Abertura à Experiência; USI = Utilização de Suporte Instrumental; USE = Utilização de Suporte Emocional; ES = Expressão de Sentimentos; DC = Desinvestimento Comportamental; US = Uso de Substâncias; BSI = Brief Symptom Inventory; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; <sup>a</sup> = n diferente por alguns dos inquiridos não responderem.

## Discussão e Conclusão

A pandemia atual conduz a consequências sanitárias, geopolíticas e psicológicas. A nova conjugação da experiência de vida de cada um com os eventos do mundo externo, leva à superfície as nossas angústias e, portanto, destaca-se o estado do nosso psicológico (Moretti et al., 2020), o que leva à pertinência de investigações neste âmbito. Para esse efeito, o nosso estudo objetivou analisar, durante um período do confinamento devido à covid-19, a relação entre os constructos de sintomatologia psicopatológica, obsessão e compulsão em limpeza, dimensões da personalidade, otimismo e estratégias de *coping*.

A análise descritiva dos instrumentos mostrou que esta amostra, mesmo correspondendo à população geral, apresentou o índice de sintomas positivos acima do ponto corte, verificando-se a presença de **perturbação psicopatológica**. Em comparação com os dados do estudo de validação do BSI (Canavarro, 1999), as subescalas somatização, depressão, ansiedade e psicoticismo apresentaram valores médios elevados para a população geral, aproximando-se o valor médio da ansiedade fóbica dos valores obtidos para a população clínica. Vários estudos têm enfatizado o aumento de certos quadros psicopatológicos na população geral, como é o exemplo da depressão e da ansiedade, transmitindo preocupação sobre as suas consequências na qualidade de vida e em vários âmbitos do funcionamento humano (Almeida, 2016). Neste sentido, podemos colocar como hipótese que a presença de psicopatologia nesta amostra possa estar associada à covid-19 e consequente isolamento/quarentena. Estes resultados corroboram um estudo em que Huang e Zhao (2020b) avaliaram a saúde mental, obtendo uma prevalência de quadros de ansiedade, depressão e problemas de sono. Também foram identificados valores elevados de obsessão e compulsão pela limpeza na nossa amostra. Com o aparecimento da covid-19 teve de haver um cuidado redobrado pela limpeza, o que poderá levar a pensamentos obsessivos e comportamentos de compulsão.

Fazendo uma análise descritiva de algumas variáveis relacionadas com a covid-19, destacou-se que a maioria da amostra segue as recomendações de saúde, nomeadamente, manter a distância de pelo menos 1 metro das pessoas, evitar aglomerados de pessoas e jantares de amigos/familiares, não cumprimentar com beijo/perto de mão, e lavar/desinfetar as mãos com frequência. É de realçar a perceção da amostra sobre esta pandemia: no geral, os inquiridos encontravam-se receosos com o que poderá advir no futuro, consideram que a gravidade da situação não é exagerada pela sociedade, uma vez que é ameaçadora, fatal e controlável, de recuperação difícil e que irá mudar as suas próprias vidas. Os inquiridos sentem medo de contrair a doença, no entanto acreditam que é possível prevenir a partir do cuidado que se tiver. Os inquiridos e suas famílias estão a mudar a sua rotina devido à sua preocupação, para se manterem saudáveis, usando o sentido de humor, falando com familiares/amigos sobre o que sentem, utilizando o telefone ou as redes sociais para isso, e sem esquecer que pesquisam informação sobre o tema mas consideram que muita é errada. Os participantes apresentam cuidado no contacto interpessoal e nas interações sociais, uma mudança considerada como difícil. Por fim, a maioria dos inquiridos percebe que irá sofrer impacto na sua situação profissional, prevendo perdas financeiras. Estes resultados certificam um estudo feito por

Peres et al. (2020), em que os inquiridos acreditavam haver uma alta probabilidade de ficarem contagiados, assim como os membros das suas famílias e amigos (Peres et al., 2020). A pandemia contemporânea trará consequências em todos os âmbitos da sociedade, embora ainda pouco referenciados. Pela literatura, podemos referir que existe impacto no que concerne às características dos trabalhadores (e.g., redução de horário e de ordenado), suas posições ocupacionais e contratos de trabalho (Adams-Prassl et al., 2020; Alon et al., 2020; Galasso et al., 2020). Segundo Barbosa et al. (2020) quem apresenta maior risco de perder o seu cargo são os trabalhadores que estão em situação precária, que não têm a possibilidade de exercer o seu trabalho à distância e que trabalham no setor informal da economia. Neste sentido, o impacto da covid-19 no mercado de trabalho foi imediato e que está a sofrer um maior impacto é o sexo feminino, os mais jovens, os de raça negra e com menor nível de escolaridade. Não obstante, o fato da população se estar a adaptar à pandemia atual com novas rotinas e a utilizar as redes sociais/telefone para falar/desabafar com familiares/amigos pode beneficiar a saúde psicológica.

No que diz respeito às associações entre os construtos em estudo, foi-nos possível concluir que, quanto mais obsessão e compulsão pela limpeza e neuroticismo, maior a sintomatologia psicopatológica. Por seu lado, a sintomatologia psicopatológica foi menor quanto mais elevados o otimismo, a extroversão, amabilidade e conscienciosidade e algumas estratégias de *coping* (*coping* ativo, reinterpretação positiva, aceitação, humor e planeamento), ao passo que a sintomatologia psicopatológica se associou fortemente com maior neuroticismo. O nosso estudo corrobora uma investigação de Panayiotou et al. (2004), que associou o neuroticismo como um possível aspeto patológico da personalidade enquanto que as restantes dimensões associam-se a aspetos positivos. Neste sentido, tal como na pesquisa referida, também no nosso estudo o neuroticismo associou-se negativamente com a extroversão, amabilidade e conscienciosidade e, em contrapartida, estes três últimos relacionam-se entre si de forma positiva (Apêndice D). Similarmente, diversos estudos referem a relação entre o neuroticismo e as perturbações emocionais e que este fator de personalidade pode predispor à depressão e a outras perturbações psicológicas, uma vez que os sujeitos com maior neuroticismo exibem mais sintomas neuróticos, histeria, ansiedade e tendência para perturbações obsessivo-compulsivas (Feist & Feist, 2008; Junior et al., 2014). Posto isto, o neuroticismo está relacionado com um maior sofrimento e instabilidade emocional (Junior et al., 2014). Já a extroversão foi menos evidente na nossa amostra, estando relacionado com a procura

de contacto interpessoal e a visita de um maior número de lugares ao longo do dia (Zajenkowski et al., 2020). Assim, articulando este com outros resultados do nosso estudo, os sujeitos estudados referiram seguir as recomendações de saúde da DGS para a covid-19, principalmente o distanciamento social e o isolamento. Deste modo, ainda que a extroversão enquanto fator de personalidade seja concetualizada como apresentando alguma estabilidade ao longo do tempo, também se pode hipotetizar que as pessoas ao responderem ao protocolo tenham sido influenciadas pela necessidade atual de serem mais resguardadas no seu contacto social, face às circunstâncias de vida inerentes a esta pandemia. Por fim, refira-se que, de um modo geral, a nossa amostra evidenciou níveis médios mais elevados de conscienciosidade e amabilidade, fatores que podem estar particularmente evidenciados perante as circunstâncias atuais, que exigem de todos nós uma maior atenção à nossa conscienciosidade e amabilidade.

Face às circunstâncias incertas que vivemos resultantes da pandemia covid-19, considerámos importante estudar o papel do **otimismo** na saúde psicológica. À semelhança dos resultados obtidos na presente investigação, os estudos têm relacionado o otimismo com a presença de menos sintomatologia psicopatológica (Segerstrom, 2007; Sánchez et al., 2010). As pessoas que pontuaram mais no neuroticismo também foram identificadas como sendo as menos otimistas, o que condiz com a literatura, uma vez que o neuroticismo é uma construção multifacetada e, por isso, consiste parcialmente na ausência de otimismo, associando-se ao pessimismo (Scheier et al., 1994). Por seu lado, no nosso estudo o otimismo associou-se a níveis mais elevados de extroversão e conscienciosidade, à semelhança de outros estudos, que descrevem as pessoas otimistas como mais sociáveis, despreocupadas e afetivas (Bueno et al., 2001; Gasparetto et al., 2017).

No que diz respeito às **estratégias de coping** usadas pela nossa amostra, as estratégias mais usadas foram o *coping* ativo e o planear. Uma vez que os sujeitos têm de se adaptar a esta nova realidade, o planeamento pode efetivamente ser uma estratégia de *coping* fundamental, para assegurar um ajustamento às diversas necessidades do momento presente e, conseqüentemente, para refletir sobre o futuro. Relembre-se ainda que a sintomatologia psicopatológica se associou negativamente a estratégias de *coping* mais adaptativas (*coping*-ativo, reinterpretação positiva, aceitação, humor e planeamento). Similarmente, os nossos resultados corroboram Carver (1997); Carver et al. (1993), que denominam o *coping* ativo, planeamento, reinterpretação positiva, aceitação e utilização de suporte emocional como estratégias de *coping* adaptativas, ao

passo que as estratégias de negação, desinvestimento comportamental, autodistração, expressão de sentimentos, religião e uso de substâncias como desadaptativas.

O segundo objetivo deste estudo pretendeu analisar as diferenças na sintomatologia psicopatológica, obsessões e compulsões pela limpeza, fatores de personalidade, otimismo e estratégias de *coping* em função das variáveis: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência, prática de quarentena, presença de doenças crónicas como fator de risco da covid-19 e percepção do impacto da covid-19 no futuro.

No que concerne ao **sexo**, as mulheres apresentaram maiores níveis de sintomatologia psicopatológica comparativamente com os homens. Estes resultados corroboram uma investigação de Antunes et al. (2020), em que as mulheres realçaram maior ansiedade-traço e ansiedade-estado do que os homens, em relação à covid-19. Acrescente-se que esta distinção entre os sexos tem capacidade para se manter ao longo do tempo, ou seja, a mulher tem maior predisposição para desenvolver mais ansiedade/perturbações de ansiedade do que o sexo oposto (McLean & Anderson, 2009). Também Wang et. al. (2020) identificaram o sexo feminino como apresentando maiores níveis de impacto psicológico duas semanas após o surto da covid-19, nomeadamente stresse, ansiedade e depressão. Acrescente-se que é possível colocar a hipótese destas diferenças poderem permanecer ao longo da situação pandémica e na fase da quarentena/isolamento social (Antunes et al., 2020). Neste sentido, a longo prazo estes resultados podem contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia, e por isso, este grupo específico da população deverá ser seguido para monitorização do seu estado psicológico. Refira-se ainda que estes resultados seriam previsíveis, dado o ritmo de vida das mulheres e pela combinação de diferenças de género. Assim, as mulheres apresentam uma maior propensão e espontaneidade para assumir a presença de sintomas comparativamente com os homens, bem como apresentam fatores biológicos (Antúnez & Vinet, 2013; García-Alandete, 2013; Littlejohn & Foss, 2009), relacionados com os níveis de hormonas, nomeadamente a diminuição de estrogénio, que contribuem para a prevalência de ansiedade e depressão nas mulheres (Warner & Gustafsson, 2014).

Quando estudamos as diferenças nas principais variáveis em estudo em função da **idade**, o grupo de 18-24 anos apresentou maior sintomatologia psicopatológica do que as restantes faixas etárias. Um estudo de Huang & Zhao (2020b) relacionou sujeitos com menos de 35 anos a maiores sintomas de ansiedade e depressão, ao longo do surto, comparativamente a inquiridos com 35 ou mais anos. Também Bacerra-Garcia et al. (2020) identificaram níveis mais elevados de hostilidade, depressão, ansiedade e

sensibilidade interpessoal nos jovens entre os 18 e os 35 anos. Estes dados podem ser potencialmente justificados pelo tempo que os jovens passam a ler e a preocuparem-se com a covid-19 (Huang & Zhao, 2020a), muitas vezes com o maior uso das redes sociais, visto poderem ter mais tempo livre para o fazer. Podem ainda colocar-se como fatores explicativos para estes resultados que identificam os jovens adultos como tendo mais sintomatologia psicopatológica, que as medidas de isolamento social tiveram um grande impacto nos hábitos de socialização, visto grande parte da vida social dos jovens depender da frequência de locais públicos de entretenimento. Refira-se ainda que os jovens adultos ou estão ainda a estudar ou confrontam-se com um maior risco ou precariedade da carreira profissional, o que pode levar a que tenham grandes preocupações sobre o seu futuro profissional.

No que diz respeito ao **estado civil**, inquiridos solteiros apresentaram maior sintomatologia psicopatológica e neuroticismo, enquanto que os casados apresentaram maior extroversão, amabilidade e conscienciosidade, ao passo que os separados/viúvos maior abertura à experiência e as estratégias de *coping* de religião e reinterpretação positiva. Podemos colocar como hipótese de leitura dos resultados que os sujeitos casados normalmente têm vidas sociofamiliares mais complexas, apresentando mais encargos familiares, como parceiros e filhos, o que poderá contribuir para que haja uma maior extroversão e sociabilidade entre eles, tal como eventualmente uma maior conscienciosidade em relação ao impacto dos seus comportamentos nos outros, pelo que podem igualmente refletir mais sobre o impacto da pandemia tanto em si como nos seus familiares.

Na análise da variável **habilitações literárias**, embora não houvesse diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos, os sujeitos com o ensino básico apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica (nomeadamente somatização, depressão, ansiedade, hostilidade e ideação paranóide), obsessão e compulsão pela limpeza e recorrem mais a estratégias de *coping*-ativo, religião, negação e uso de substâncias. Estes resultados corroboram a investigação de Mazza et al. (2020), em que a depressão se associou a níveis mais baixos de educação. Noutro estudo, os sujeitos com menos de 12 anos de escolaridade apresentaram uma maior prevalência de ansiedade, comparativamente com o grupo com mais de 12 anos de escolaridade (Nouri et al., 2019).

Na variável **meio de residência**, os sujeitos que vivem na cidade destacaram-se pela sua maior abertura à experiência, utilização de suporte instrumental e emocional,

expressão de sentimentos e planeamento. Por sua vez, quem reside numa vila evidenciou uma maior somatização (BSI) e obsessão e compulsão pela limpeza. Um estudo de Huang et al. (2020), refere que os inquiridos de meios rurais têm níveis elevados de tristeza comparativamente aos residentes em meios urbanos, estes que por sua vez apresentam maior ansiedade. Também Park et al. (2020), concluíram que uma das estratégias de *coping* mais utilizadas e motivadoras no enfrentamento de situações difíceis como uma pandemia são a utilização de suporte emocional e o *coping*-ativo.

Nas situações em que o sujeito, familiares ou amigos estavam em **quarentena** destacaram-se maiores pontuações em várias dimensões do BSI (somatização, obsessões/compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, psicoticismo), na limpeza do OCI-R, no neuroticismo e nas estratégias de *coping* ativo, aceitação e experimentação de sentimentos (Brief-Cope), exceto a amabilidade que foi mais elevada em quem respondeu negativamente. Os nossos resultados vão ao encontro do estudo de Tang et al. (2020), que destacaram a depressão e o stress pós traumático como fatores prevalentes na quarentena. Por seu lado, a amabilidade e a conscienciosidade têm sido descritas como dimensões de personalidade associadas a comportamentos positivos de saúde (Shook et al., 2020). Neste sentido, os participantes/familiares/amigos que não praticaram quarentena apresentam menos sintomatologia psicopatológica. O que está de acordo com a literatura, pois a quarentena pode causar efeitos menos positivos a longo prazo, que devem ser pensados ao mesmo tempo que os seus benefícios (Mattioli et al., 2020). Estes efeitos podem já ser antecipados pela maior sintomatologia psicopatológica atualmente apresentada pela amostra do nosso estudo, evidente nos nossos resultados.

No que respeita à **presença de doenças crónicas**, quem respondeu afirmativamente pontuou mais sintomatologia psicopatológica (todos os fatores e ISP), obsessão e compulsão pela limpeza e religião e a negação como estratégias de *coping* mais utilizadas. Similarmente, um estudo de Qian et al. (2020) apontou para a associação entre a presença de doenças crónicas e a somatização em sujeitos com ansiedade, relacionados com mecanismos de stress. Refira-se, ainda, que de acordo com Mella-Morambuena et al. (2020), as estratégias de *coping* mais utilizadas em pessoas com doenças crónicas e deficiências, relacionadas com a covid-19, são a autodistração, *coping* ativo, religião e utilização de suporte emocional, pelo que no presente estudo apenas a religião se enquadra nas quatro estratégias mencionadas. É fulcral referir que esta estratégia pode ser eventualmente usada para lidar com a pandemia, no entanto, não questionámos



especificamente os sujeitos em relação à fase da covid-19 pela qual estão a passar, mas sim que estratégias normalmente utilizam para lidar com as situações.

No que concerne à perceção sobre o impacto da covid-19 no futuro, os inquiridos que responderam **ter medo de ser contagiados pela covid-19 e do que pode acontecer no futuro** evidenciaram níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, obsessão compulsão pela limpeza e neuroticismo e valores mais baixos de abertura experiência e otimismo. Similarmente, quem considera que a covid-19 vai mudar a sua vida, evidenciou mais sintomatologia psicopatológica, obsessão compulsão pela limpeza e neuroticismo e menos otimismo. Por fim, os sujeitos que esperam ter maior impacto na sua atividade profissional pontuaram mais no neuroticismo. Deste modo, os sujeitos que sentem mais medo em relação ao impacto negativo da covid-19 no futuro evidenciam mais sintomatologia psicopatológica e menos otimismo. Podemos ainda inferir que os fatores de personalidade mais prevaletentes relacionados com uma perceção mais receosa/negativa do impacto futuro da covid-19 parecem ser o maior neuroticismo e a menor abertura à experiência.

Como vemos, no nosso estudo o neuroticismo esteve assim mais associado aos comportamentos de medo e receio perante a covid-19, o que corrobora Qian e Yahara, (2020), que concluem que o neuroticismo é um preditor positivo de stresse, ansiedade, depressão e maior probabilidade de ficar contagiado. Neste sentido, estudos recentes têm relacionado o neuroticismo com uma maior preocupação com a covid-19, assim como uma maior lavagem das mãos (e.g., Shook et al., 2020). Em contrapartida, os sujeitos da nossa amostra com maior abertura à experiência, que se relaciona com comportamentos importantes não associados à sobrevivência (e.g., expressões artísticas e intelectuais) (Jonason & Sherman, 2020), evidenciaram maior negação do medo e despreocupação em relação à covid-19.

Em conclusão, destaca-se como principais resultados desta investigação que a sintomatologia psicopatológica está mais presente no sexo feminino, em jovens adultos, solteiros, portadores de doenças crónicas e quem tenha como habilitações literárias o ensino básico. As variáveis associadas à sintomatologia psicopatológica são a obsessão e compulsão pela limpeza e o neuroticismo, por seu lado, as variáveis eventualmente protetoras da saúde psicológica são o otimismo, extroversão, amabilidade, conscienciosidade e as estratégias de *coping*: *coping*-ativo, reinterpretação positiva, aceitação, humor e planeamento. O neuroticismo foi o fator de personalidade mais relacionado com um maior receio do impacto futuro da covid-19 e, em contrapartida, a

abertura à experiência associou-se a uma maior despreocupação. Por fim, não houve diferenciação das estratégias de *coping* adaptativas e desadaptativas, ao longo dos resultados.

Uma vez discutidos os resultados da presente investigação, torna-se pertinente refletir sobre as **limitações, vantagens e sugestões resultantes deste trabalho**. No que concerne às limitações, a primeira refere-se ao facto do protocolo de avaliação ser bastante extenso, o que poderá ter afetado a qualidade das respostas e, por conseguinte, o tamanho da amostra, ainda que a nossa amostra seja significativa. Uma outra limitação prende-se pelo facto do protocolo de avaliação ser composto por instrumentos de autorresposta e a recolha da amostra ter sido feita *online*, o que leva a que não possamos garantir que todos os critérios de inclusão e exclusão foram preenchidos e que, consequentemente, não haja enviesamento da amostra. Também, pelo facto do desenho da investigação ser transversal, não podemos estabelecer relações de causalidade. Igualmente, haver poucas investigações com os instrumentos OCI-R e a escala do otimismo tornou-se um entrave à discussão dos resultados. Ainda que um dos principais contributos do estudo seja exatamente este ser realizado durante o momento pandémico, acarreta em simultâneo que haja poucas investigações sobre o impacto psicológico da covid-19, o que limita a comparação dos resultados encontrados com outros estudos semelhantes. Ainda que o tamanho da amostra do estudo seja bastante significativa, não há uma representação equitativa de sujeitos em função das principais variáveis sociodemográficas. Refira-se, a título de exemplo, que foi o sexo feminino quem respondeu maioritariamente ao protocolo de investigação.

Por fim, a realização desta investigação permitiu refletir sobre a relevância de desenvolver estudos ou aprofundar os resultados, aqui mencionados, no futuro. É fulcral referir que estes são resultados preliminares, visto que o momento pandémico aconteceu ao mesmo tempo que a recolha dos dados. Por isso, futuramente será pertinente averiguar se o impacto psicológico se mantém nesta direção ou se haverá alterações. Ou seja, ainda que o presente estudo não tenha sido definido como longitudinal, será importante monitorizar a saúde psicológica dos portugueses, no sentido de perceber o real impacto psicológico da covid-19. Com base nos nossos resultados será pertinente averiguar se sujeitos do sexo feminino, jovens adultos, solteiros, com o ensino básico e portadores de doenças crónicas apresentam, a longo prazo, um maior risco de manter níveis elevados de sintomatologia psicopatológica ou de obsessão e compulsão, assim como analisar quais as estratégias de *coping* a que recorrem para lidar com situações desafiantes. Por

fim, será interessante em futuros estudos, eventualmente com recurso à nossa amostra, identificar variáveis preditoras da saúde psicológica em situação de pandemia, nomeadamente o papel dos traços de personalidade, do otimismo e de variáveis sociodemográficas, comportamentais e interpessoais.

Em formato de reflexão crítica sobre os resultados apresentados, torna-se pertinente ter em consideração os resultados quanto ao impacto psicológico que a covid-19 pode ter na população portuguesa, no delineamento de intervenções psicológicas futuras junto da comunidade. Assim sendo, sugere-se o desenho e a implementação de programas de prevenção da saúde psicológica tendo em consideração fatores socioculturais (Contreras et al., 2017), no sentido que o sexo feminino pode apresentar maior sintomatologia psicopatológico em comparação ao sexo masculino devido a diversos fatores de vulnerabilidade, quer sociais como culturais. Será igualmente essencial dar particular atenção para a necessidade de trabalhar no futuro com subgrupos que possam ficar mais comprometidos ao nível da saúde mental, ou seja, denominados como vulneráveis, nomeadamente pessoas do sexo feminino, jovens adultos, solteiros, presença de doenças crónicas e com níveis mais baixos de educação (ensino básico). De um modo geral, também será fundamental haver otimismo em como este momento pandémico será ultrapassado, transmitindo interajuda e apoiando as necessidades do outro, como por exemplo, direcionar formas de interagir com os familiares/amigos em isolamento/quarentena e como a quarentena pode ser uma boa forma de conhecer novas realidades, com abertura a outras perspetivas de leitura dos acontecimentos.

Com a pandemia atual, é necessário realçar a saúde física e mental da população, assim como o **impacto provocado pelo isolamento social**. Devido à dimensão emocional das pessoas, as estratégias de *coping* são essenciais para lidar com o panorama da covid-19, tanto nas consequências económicas como ao nível social. Também os processos de *coping* estão relacionados com a saúde física e psicológica (Mirnics et al., 2013), uma vez que as estratégias ativas e eficazes apresentam resultados positivos e as estratégias evitadas podem dar origem a uma maior angústia, doença e até mortalidade (Taylor & Stanton, 2007). Então, é fundamental potenciar intervenções que abranjam o nível sociopsicológico, como por exemplo o apoio social, intervenções baseadas em psicoterapia *online* e teleconsultas, assim como a potenciação de estratégias de *coping* adaptativas (Pereira et al., 2020), no sentido de fortalecer a saúde mental da população (Ho et al., 2020). Os profissionais de saúde podem ser uma peça fundamental para lidar com as consequências psicológicas desta doença, que tem vindo a ser classificada como

a maior ocorrência de saúde pública que o mundo atravessa em décadas, como o stresse, ansiedade, tristeza, culpa, medo e pânico, que originam sofrimento psíquico e podem originar perturbações de ansiedade, depressão e stresse pós-traumático. Neste sentido, deve haver preocupações políticas no sentido da população poder aceder a cuidados de saúde mental, neste período histórico em que se vive uma maior vulnerabilidade para a fragilização da saúde psicológica devido à covid-19 e a todas as consequências associadas, designadamente o isolamento social (Pereira et al., 2020).

## Referência Bibliográfica

- Adams-Prassl, A., Boneva, T., Golin, M., & Rauh, C. (2020). Inequality in the impact of the Coronavirus shock: evidence from real time surveys. *Institute of Labor Economics*, (13183). <https://www.iza.org/publications/dp/13183/inequality-in-the-impact-of-the-coronavirus-shock-evidence-from-real-time-surveys>
- Ai, P., Liu, Y., & Zhao, X. (2019). Big Five personality traits predict daily spatial behavior: Evidence from smartphone data. *Personality and Individual Differences*, 147, 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.027>
- Allik, J., Realo, A., & McCrae, R. R. (2013). Universality of the Five-Factor Model of Personality. *American Psychological Association*, 61–74. <https://doi.org/10.1037/13939-005>
- Almeida, R. F. G. (2016). *A Resiliência e a Sintomatologia Psicopatológica numa Amostra da População Geral Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Alon, T. M., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., & Tertilt, M. (2020). The impact of covid-19 on gender equality. *NBER Working papers*. <https://doi.org/10.3386/w26947>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5 (5ª Ed.)*. Artmed.
- Antunes, R., Frontini, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P., & Rebelo-Gonçalves, R. (2020). Exploring lifestyle habits, physical activity, anxiety and basic psychological needs in a sample of Portuguese adults during covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4360), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124360>
- Antúñez, Z., & Vinet, E. V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Medica de Chile*, 141(2), 209–216. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872013000200010>
- Bacerra-Garcia, J. A., Ballesta, G. G., Sanchez-Gutierrez, T., Resa, S. B., & Calvo, A. C. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por covid-19 en población gen. *Revista española de salud pública*, 94. <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-593636>
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F.-Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster medicine and public health preparedness*, 9(5), 547–553. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.38>
- Barbosa, A. L. N. de H., Costa, J. S., & Hecksher, M. (2020). Mercado de trabalho e pandemia da covid-19: Ampliação de desigualdades já existentes? *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)*. <https://doi.org/10.38116/bmt69/notastecnicas1>
- Barros, J. (1998). Optimismo: Teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 2(2), 295–308.
- Brites, M. J. (2020). Digital and school journalism approaches at school. *Icono 14*, 18(2), 35–57. <https://doi.org/10.7195/ri14.v18i2.1579>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of

- the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bueno, J. M. H., Oliveira, S. M. da S. S., & Oliveira, J. C. da S. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico-USF*, 6(1), 31–38. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712001000100005>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. *Avaliação Psicológica*, 305–330.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2002). *Metodologia da Investigação guia para a auto-aprendizagem* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta.
- Carvalho, L. D. F., Pianowski, G., & Gonçalves, A. P. (2020). Personality differences and the covid-19: Are extroversion and conscientiousness personality traits associated with engagement in containment measures? *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(2). <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2020-0029>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Clinical Psychology Review Optimism. *Elsevier*, 30, 879–889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Carver, S. C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Carver, S. C., Harris, C., Noriega, S. D., Scheier, V., & Robinson, M. F. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375–390. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Contreras, M., León, A. M. de, Martínez, E., Peña, E. M., Marques, L., & Gallegos, J. (2017). Psychopathological symptoms and psychological wellbeing in mexican undergraduate students. *Int J Soc Sci Stud*, 5(6), 30–35. <https://doi.org/10.11114/ijsss.v5i6.2287>
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O. Della, Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 25–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894461/>
- Costa, P., & McCrae, R. (1989). *The NEO PI manual supplement*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, R. M. R., & Vigário, P. dos S. (2020). A covid-19 e o distanciamento social: Quando a onda da internet substitui a onda do mar para a prática de exercícios físicos. *Revista Augustus*, 25(1), 335–356. <https://doi.org/10.15202/1981896.2020v25n51p357>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. <https://doi.org/10.1017/s0033291700048017>
- Faria, M. N., & Cardoso, I. (2017). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Obsessive-Compulsive Inventory – Revised. *Análise Psicológica*, 35(1), 91–100. <https://doi.org/10.14417/ap.1167>
- Feist, J., & Feist, G. J. (2008). *Teorias da personalidade*. 6ª Ed. McGraw-Hill.
- Ficanha, E. E., Silva, E. V. da, Rocha, V. M. P., Badke, M. R., Cogo, S. B., Silva, E. V. da, & Jacobi, L. F. (2020). Aspetos Biopsicossociais relacionados ao isolamento social durante a pandemia de covid-19: Uma revisão integrativa. *ReserchGate*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.19873.84321>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive – Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.14.4.485>
- Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard, S., & Foucault, M. (2020). Gender differences in covid-19 related attitudes and behavior: Evidence from a panel survey in eight OECD countries. *NBER Working papers*. <https://doi.org/10.3386/w27359>
- García-alandete, J. (2013). Españoles psychological well-being, age and gender among Spanish. *Salud & Sociedad*, 4(1), 48–58. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2013.0001.00004>

- Garcia-Fontanals, A., Portell, M., García-Blanco, S., Dias, V. P., García-Fructuoso, F., López-Ruiz, M., ... Deus, J. (2017). Vulnerability to psychopathology and dimensions of personality in patients with fibromyalgia. *The Clinical Journal of Pain Publish Ahead of Print*, 33(11), 991–997. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000506>
- Garcia, L. P., & Duarte, E. (2020). Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da covid-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude*, 29(2), 1–4. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>
- Gasparetto, L. G., Bandeira, C., & Giacomoni, C. H. (2017). Bem-estar subjetivo e traços de personalidade em crianças: Uma relação possível?. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, 25(2), 447–457. <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-03>
- Geada, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 14(2–3), 191–201. <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3836>
- Gerhold, L. (2020). COVID-19 : Risk perception and Coping strategies. Results from a survey in Germany. *PsyArXiv*, 1–11. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
- Hermógenes, L. R. dos S., Santos, M. dos, Nascimento, P. F. do, & Teixeira, L. F. H. de S. de B. (2020). A importância das digital skills em tempos de crise: Alguns aplicativos utilizados durante o isolamento social devido à pandemia do covid-19. *Revista Augustus*, 25(51), 198–218. <https://doi.org/10.15202/1981896.2020v25n51p198>
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the Psychological Impact of covid-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(3), 155–160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200399/>
- Holmes, E. A., Connor, R. C. O., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... Bullmore, E. (2020). Position paper multidisciplinary research priorities for the covid-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during covid-19 outbreak: A comparative study. *PLoS One*, 15(8e0237303), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020a). Generalized anxiety disorder , depressive symptoms and sleep quality during covid-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020b). Mental health burden for the public affected by the covid-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychology, Health & Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1754438>
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y.-J., Ki, M., Min, J.-A., Cho, J., & Chae, J.-H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*, 38, 1–7. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
- Jonason, P. K., & Sherman, R. A. (2020). Personality and the perception of situations: The big five and dark triad traits. *Elsevier*, 163(1). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110081>
- Junior, J. A. dos S., Lima, D. V. B., & Lopes, A. P. (2014). Relação entre traços de personalidade e ansiedade. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 2(1), 79–89.
- Kern, A., Kramm, C., Witt, C. M., & Barth, J. (2019). The influence of personality traits on the placebo/nocebo response: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109866>
- Kim, H. -Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry e Endodontics*, 38(1), 52–54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Knoll, N., Rieckmann, N., & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality*, (19), 229–247. <https://doi.org/10.1002/per.546>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “ Big ” Personality Traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *American Psychological Association*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos (2ª. ed.). *Martínez Roca*.
- Lee, S., Chan, L. Y. Y., Chau, A. M. Y., Kwok, K. P. S., & Kleinman, A. (2005). The experience

- of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social Science & Medicine*, 61(9), 2038–2046. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.010>
- Lima, M. P. de, & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2(18), 171–179. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0870-82312000000200003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0870-82312000000200003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Littlejohn, S., & Foss, K. (2009). *Encyclopedia of communication theory*. <https://doi.org/10.4135/9781412959384>
- Lopes, P., Barreira, D. P., & Pires, A. M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: Avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 47–57. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862001000100004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000100004)
- Losekann, R. G. C. B., & Mourão, H. C. (2020). Desafios do teletrabalho na pandemia covid-19: Quando o home vira office. *Caderno de Administração*, 28, 71–75. <https://doi.org/10.4025/cadadm.v28i0.53637>
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Joaquim, J., João, M., Costa, P., ... Lima, D. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 642–657. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427405>
- Makikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of Research in Personality*, 38(6), 556–575. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.02.001>
- Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. da G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural brasil-portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior transcultural. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300–313. <https://doi.org/10.15309/14psd150201>
- Mattioli, A. V., Sciomer, S., Cocchi, C., & Maffei, S. (2020). Quarantine during covid-19 outbreak: Changes in diet and physical activity increase the risk of cardiovascular disease. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 30(9), 1409–1417. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2020.05.020>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the covid-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). The five-factor theory of personality. *The Guilford Press*, 159–181.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>
- Mella-Morambuena, J., López-angulo, Y., Sáez-delgado, Y., & Valle, M. Del. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la covid-19. *CienciAmérica*, 9(2). <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.324>
- Mello, A. (1999). Teletrabalho (telework): O trabalho em qualquer lugar e a qualquer hora. *Beca e-work*.
- Mirnic, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., Benko, A., ... Juhasz, G. (2013). The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: Mediating and moderating effects of coping strategies. *Psychiatria Danubina*, 25(4), 379–388. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24247050/>
- Moreira, W. C., Sousa, A. R. de, & Nóbrega, M. do P. S. S. (2020). Adoecimento mental na população geral e profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19: Revisão sistemática. *SciELO*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.689>
- Moretti, S. D. A., Guedes-Neta, M. de L., & Batista, E. C. (2020). Nossas vidas em meio à Pandemia da covid-19: Incertezas e medos sociais. *Rev Enfermagem e Saúde Coletiva*, 4(2), 32–41. Obtido de <https://www.revesc.org/index.php/revesc/article/view/57>

- Nouri, F., Feizi, A., Keshteli, A. H., Roohafza, H., Afshar, H., & Adibi, P. (2019). Personality traits are differently associated with depression and anxiety: evidence from applying bivariate multiple binary logistic regression on a large sample of general adults. *Psychiatra Danubina*, 31(4), 448–456. <https://doi.org/10.24869/psyd.2019.448>
- Özdemir, Ş., & Kerse, G. (2020). The effects of covid-19 process on health care workers: Analysing of the relationships between optimism, job stress and emotional exhaustion. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 9(2), 72–95. <https://doi.org/10.17583/rimcis.2020.5849>
- Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Spanoudis, G. (2004). Searching for the «Big Five» in a Greek context: The NEO-FFI under the microscope. *Personality and individual differences*, 36, 1841–1854. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.07.005>
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' covid-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *J Gen Intern Med*, 35(8), 2296–2303. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Pedroso-lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *PSICOLOGIA*, 28(2), 1–10. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i2.534>
- Pereira, M. D., Oliveira, L. C. de, Costa, C. F. T., Bezerra, C. M. de O., Pereira, M. D., Santos, C. K. A. dos, & Dantas, E. H. M. (2020). The covid-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: An integrative review. *Research, Society and Development*, 9(7), 1–35. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>
- Peres, D., Monteiro, J., Almeida, M. A., & Ladeira, R. (2020). Risk perception of covid-19 among Portuguese healthcare professionals and the general population. *Journal of Hospital Infection*, 105, 434–437. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.038>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Sílabo.
- Pulido, S. (2020). Infectados entre nós. *Laboratório Território e Comunicação – LABTeC/UFRJ*. [http://uninomade.net/wp-content/files\\_mf/1589463121\\_LC\\_57\\_-\\_inteira.pdf#page=113](http://uninomade.net/wp-content/files_mf/1589463121_LC_57_-_inteira.pdf#page=113)
- Qian, K., & Yahara, T. (2020). Mentality and behavior in covid-19 emergency status in Japan: Influence of personality, morality and ideology. *PLoS One*, 15(7e0235883), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235883>
- Qian, W., Shangguan, F., Quan, X., Zhou, C., Zhang, C., Zhang, X. Y., & Liu, Z. (2020). Prevalence and correlates of somatization in anxious individuals in a Chinese online crisis intervention during covid-19 epidemic. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.035>
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>
- Ray, A., Gulati, K., & Rai, N. (2017). Chapter one - stress, anxiety, and immunomodulation: A pharmacological analysis. *Vitamins and Hormones*, 103, 1–25. <https://doi.org/10.1016/bs.vh.2016.09.007>
- Remor, E., Amorós, M., & Carrobes, J. A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Clinical and Health Psychology*, 22(1), 37–44. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/26231>
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15.
- Rosenfield, C. L., & Alves, D. A. De. (2011). Autonomia e trabalho informacional: O teletrabalho. *Revista de Ciências Sociais*, 54(1), 207–233. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582011000100006>
- Sánchez, Ó., Martín-brufau, R., Méndez, F. X., Corbalán, F. J., & Limiñana, R. M. (2010). The relationship between optimism, creativity and psychopathological symptoms in university students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1151–1178. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v8i22.1418>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life



- orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.6.1063>
- Segerstrom, S. C. (2006). How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology*, 25(5), 653–657. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.5.653>
- Segerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 772–786. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.09.004>
- Shook, N. J., Sevi, B., Lee, J., Fitzgerald, H. N., & Oosterhoff, B. (2020). Who's listening? Predictors of Concern about covid-19 and preventative health behaviors. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/OSF.IO/C9RFG>
- Silva, R. S., Schlottfeldt, C. G., Rozenberg, M. P., Santos, M. T., & Lelé, Á. J. (2007). Replicabilidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores em medidas da personalidade. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 1(1), 37–49.
- Sonoda, K. da C. L. (2020). A escuta clínica em tempos de pandemia. *UNIFESSPA*, 1–8.
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., ... Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the covid-19 epidemic in a sample of home - quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, (274), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–403. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Uchida, Y., Kitayama, S., Akutsu, S., Park, J., & Cole, S. W. (2018). Optimism and the conserved transcriptional response to adversity. *Health Psychol.*, 37(11), 1077–1080. <https://doi.org/10.1037/hea0000675>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (covid-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Warner, M., & Gustafsson, J. (2014). Estrogen receptor  $\beta$  and Liver X receptor  $\beta$ : Biology and therapeutic potential in CNS diseases. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 18–22. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.23>
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), 1–4. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>
- Wilkowski, B. M., Robinson, M. D., & Meier, B. P. (2006). Agreeableness and the prolonged spatial processing of antisocial and prosocial information. *Elsevier*, 40(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.12.004>
- World Health Organization. (2019). Perguntas e respostas sobre a doença de coronavírus (covid-19). <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- World Health Organization. (2020). Novel coronavirus (2019-nCoV): Situation report-22. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330991/nCoVsitrep11Feb2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zajenkowski, M., Jonason, P. K., Leniarska, M., & Kozakiewicz, Z. (2020). Who complies with the restrictions to reduce the spread of covid-19?: Personality and perceptions of the covid-19 situation. *Elsevier*, 166(110199). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110199>
- Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., ... Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the covid-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*, 89(4). <https://doi.org/10.1159/000507639>